



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A APLICAÇÃO DO GOHAI, NUMA POPULAÇÃO IDOSA DE
DOIS CENTROS DE SAÚDE DA UNIDADE SETENTRIONAL DE
LISBOA**

Trabalho submetido por
Tomás Verdasca Sobral Rebelo Pinto
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A APLICAÇÃO DO GOHAI, NUMA POPULAÇÃO IDOSA DE DOIS CENTROS DE SAÚDE DA UNIDADE SETENTRIONAL DE LISBOA

Trabalho submetido por
Tomás Verdasca Sobral Rebelo Pinto
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Luís Proença

Co-orientadora
Prof. Doutora Ana Cristina Manso

Setembro de 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, os pilares fundamentais da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Começando pelos Professores e como “primeiro estão as Senhoras” um especial agradecimento à Prof. Doutora Ana Cristina Manso pela excelente relação que estabeleceu comigo durante todo o meu percurso académico e pelo apoio, dedicação e prontidão com que co-orientou o meu trabalho. Levo daqui um profundo reconhecimento, que jamais será esquecido.

Ao meu orientador Prof. Doutor Luís Proença, pela dedicação, disponibilidade e pela forma elevadíssima com que me apoiou sempre, sobretudo no tratamento dos dados estatísticos.

À minha Mãe, a minha melhor amiga e o meu maior exemplo de vida. Pelo seu carácter, perseverança, determinação e amor é a principal responsável por eu ter chegado até aqui.

Ao meu Pai, por todos os desafios que passámos e por todas as dificuldades e triunfos que alcançámos juntos, conciliando dia após dia, corrida após corrida, a vertente de cavaleiro tauromáquico com a de estudante universitário.

À minha namorada, por tudo, principalmente pela compreensão, confiança e apoio incondicional.

Aos meus amigos e colegas de curso, a maior dádiva que levo destes anos, que fazem de mim um ser humano melhor, mais feliz e especialmente mais realizado pela essência e valor da amizade verdadeira.

À minha família, em especial às minhas Avós e ao meu Avô, pelo amor genuíno e pela educação que me transmitiram.

A Deus e a Nossa Senhora, que me mostraram o caminho.

RESUMO

Objectivos: Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral, nos dois centros de saúde, caracterizar sócio demograficamente a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Sete Rios e a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Loures, identificar os principais factores sociodemográficos associados à variável, autopercepção, nos dois locais e compará-los.

Materiais e métodos: amostra constituída por 64 idosos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios e 51 idosos utentes do Centro de Saúde de Loures com idade igual ou superior a 65 anos. As condições subjectivas relacionadas com as características individuais de cada idoso foram analisadas através de um questionário específico e a auto-avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi medida através de perguntas de carácter geral para o idoso. Foi utilizado o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) com o objectivo de avaliar a autopercepção de cada idoso. Os resultados foram tratados estatisticamente pelo software SPSS. Usaram-se medidas de frequência (absoluta e relativa) e outras de estatística descritiva (mediana, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo). Com o intuito de correlacionar as variáveis utilizaram-se os testes de qui-quadrado, Spearman e o teste t-independente, usando como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados: A média de idades da população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Sete Rios foi de 75,84 anos e no Centro de saúde de Loures foi de 72,69 anos. O índice GOHAI apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os dois Centros de Saúde ($p=0,025$). A dificuldade na mastigação interfere de forma acentuada na qualidade de vida, ao nível do desconforto e no recurso a medicação, em Sete Rios ($p<0,001$). A dor na cavidade oral interfere na qualidade de vida da saúde oral, ao nível social, tanto em Sete Rios ($p<0,001$) como em Loures ($p=0,015$).

Conclusão: o índice de GOHAI foi identificado como moderado em Sete Rios e em Loures.

Palavras-chave: Autopercepção, idoso, Centro de Saúde, GOHAI, saúde oral

ABSTRACT

Objectives: To identify the perception that elder people have about their oral health in two health centers, to characterize socio-demographically the elderly who attend the Health Center of Sete Rios and the Health Centre of Loures, to identify key socio-demographic factors related to the variable self-perception in both locations, and compare them.

Materials and methods: the sample was made of 64 elderly users of the health center of Sete Rios and by 51 elderly users of the Health Center of Loures aged over 65 years old. The subjective conditions related to the individual characteristics of each elderly were analyzed using a specific questionnaire, and self-assessment of quality of life related to oral health was measured through questions of a general nature for the elder. In order to evaluate the perception of each elderly, the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) was used. The results were statistically analyzed by SPSS software. Frequency measures (absolute and relative) and other descriptive statistics (mean, standard deviation, maximum value, minimum value) were used. In order to correlate the variables, the chi-square test, Spearman and t-independent test were used, using as a reference to either accept or reject the null hypothesis a significance level of $p \leq 0,05$.

Results: The average age of the elderly attending the Health Center of Sete Rios was 75,84 years old, whereas the elderly at Health Center of Loures was 72,69. The GOHAI shows statistically significant differences between the two health centers ($p = 0,025$). The difficulty in chewing interferes markedly in the quality of life, regarding the level of discomfort and the use of medication, in Sete Rio ($p < 0.001$). Pain in the oral cavity interferes with the quality of life of oral health, at a social level, both in Sete Rios ($p < 0,001$) and Loures ($p = 0,015$).

Conclusion: the index GOHAI was identified as moderate in both Sete Rios and Loures.

Keywords: Self-perception, elderly, Health Centre, GOHAI, oral health.

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO.....	16
1.	Envelhecimento da População.....	16
1.1.	Definição	16
1.2.	Envelhecimento da População Mundial	16
1.3.	Envelhecimento em Portugal.....	17
1.4.	Perfil Demográfico das Populações em Estudo.....	18
(1)	Caracterização demográfica do Concelho de Lisboa	18
(2)	Caracterização demográfica do Concelho de Loures	19
1.5.	Bem-estar geral.....	19
(1)	Conceito de Bem-estar.....	19
(2)	Tipos de Bem-estar.....	20
(3)	Qualidade de Vida	20
1.6.	Saúde Geral e Saúde Oral nos Idosos	21
(1)	Saúde Geral no Idoso.....	21
(2)	Saúde Oral no Idoso	22
(3)	Alterações Oraís que afectam a saúde dos idosos	23
(a)	Perda Dentária	23
(b)	Doença Periodontal.....	24
(c)	Xerostomia	25
(d)	Cárie Dentária.....	26
(e)	Lesões da Mucosa Oral Associadas à Prótese	26
(f)	Cancro Oral.....	27
1.7.	Autopercepção no Idoso	28
1.8.	Indicadores Sócio-Dentários.....	29
(1)	GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index).....	29
2.	Hipóteses	30

3.	Objectivos.....	30
3.1.	Objectivo Geral.....	30
3.2.	Objectivos Específicos	30
II.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
1.	Considerações Éticas	31
2.	Tipo de Estudo.....	31
3.	Local de Estudo	31
4.	Amostra	32
5.	Factores de Inclusão e Exclusão	32
6.	Variáveis de Estudo	32
7.	Variável Dependente	32
8.	Variáveis Independentes.....	33
9.	Questionário	33
10.	Análise Estatística	35
III.	RESULTADOS	37
1.	Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos	37
2.	Análise descritiva das condições subjectivas de saúde oral	40
3.	Análise Descritiva da Auto-avaliação da condição oral	44
4.	Análise Descritiva GOHAI.....	46
5.	Análise das condições sociodemográficas entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures.....	50
6.	Análise das condições subjectivas da saúde oral entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures.....	54
6.1.	Última visita ao dentista	54
6.2.	Apreciação dos dentes	55
6.3.	Importância das informações sobre preservação da saúde	56
6.4.	Satisfação com a prótese.....	56
6.5.	Frequência da higiene.....	57

7. Análise do índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures	57
8. Existem diferenças nas condições subjectivas de saúde oral e na auto-avaliação da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar, capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Sete Rios.	59
9. Existem diferenças nas condições subjectivas de saúde oral e na auto-avaliação da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar, capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Loures	63
10. Existem diferenças no índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar e capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Sete Rios.....	67
11. Existem diferenças no índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar e capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Loures	72
12. Análise dos 3 domínios do GOHAI (Físico, Psicossocial, Dor ou Desconforto)	76
12.1. Correlação entre os 3 domínios do GOHAI (físico, psicossocial e dor na cavidade oral) no Centro de Saúde de Sete Rios.	76
12.2. Correlação entre os 3 domínios do GOHAI (físico, psicossocial e dor na cavidade oral) no Centro de Saúde de Loures	77
IV. DISCUSSÃO	79
V. CONCLUSÃO.....	89
Futuras linhas de investigação e desenvolvimento.....	91
VI. BIBLIOGRAFIA	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva da amostra por idade.....	37
Tabela 2 - Distribuição de frequências da amostra por capacidade de autonomia de vida	38
Tabela 3 - Distribuição de frequências da amostra por situação face ao emprego.....	39
Tabela 4 - Distribuição de frequências da amostra por profissão.....	39
Tabela 5 - Distribuição de frequências da amostra por nível de escolaridade	39
Tabela 6 - Distribuição de frequências da amostra por rendimento familiar	40
Tabela 7 - Distribuição de frequências da amostra por existência de profissional de saúde oral no Centro de Saúde	40
Tabela 8- Distribuição de frequências da amostra por recepção de informação sobre como fazer o auto-exame para despiste do cancro oral?	41
Tabela 9 - Distribuição de frequências da amostra por profissional que deu essa informação?	41
Tabela 10 - Distribuição de frequências da amostra por importância de receber essa informação	42
Tabela 11 - Distribuição de frequências da amostra por higiene da prótese dentária segundo o profissional de saúde	42
Tabela 12 - Distribuição de frequências da amostra por higiene da prótese dentária sem nenhuma instrução	42
Tabela 13 - Distribuição de frequências da amostra por produto usado para a higiene das próteses	43
Tabela 14- Distribuição de frequências da amostra à resposta “Não preciso, mastigo tudo e bem”	44
Tabela 15 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “É muito caro”	44
Tabela 16 - Distribuição de frequências da amostra à resposta ”Porque a ausência de dentes não altera a minha estética”	44
Tabela 17 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “Porque falo bem com as pessoas”	44
Tabela 18- Distribuição de frequências da amostra à resposta “ <i>Nunca me consegui adaptar e contactei o dentista por causa disso</i> ”	45
Tabela 19 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “ <i>A prótese magoa-me</i> ”	45
Tabela 20 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “ <i>A prótese ‘salta’</i> ”	46

Tabela 21 - Distribuição de frequências da amostra à resposta <i>“Só me adaptei a uma das próteses”</i>	46
Tabela 22 - Análise descritiva do resultado do GOHAI.....	46
Tabela 23 - Distribuição de frequências da amostra do resultado final em GOHAI.....	47
Tabela 24 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?”</i>	47
Tabela 25 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?”</i>	47
Tabela 26 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?”</i>	47
Tabela 27 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta <i>“Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?”</i>	48
Tabela 28 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?”</i>	48
Tabela 29 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?”</i>	48
Tabela 30 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?”</i>	48
Tabela 31 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?”</i>	48
Tabela 32 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?”</i>	49
Tabela 33 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?”</i>	49
Tabela 34 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta <i>“Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?”</i>	49
Tabela 35 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: <i>“Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?”</i>	49
Tabela 36 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde	50
Tabela 37 - Distribuição de frequências do Género por Centro de Saúde	50
Tabela 38 - Distribuição de frequências do Grupo etário por Centro de Saúde.....	51
Tabela 39 - Análise descritiva da amostra por idade por Centro de Saúde	51

Tabela 40 - Distribuição de frequências do Estado civil por Centro de Saúde	51
Tabela 41 - Distribuição de frequências do nível de escolaridade por Centro de Saúde	52
Tabela 42 - Distribuição de frequências da Profissão por Centro de Saúde	52
Tabela 43 - Distribuição de frequências da situação face ao emprego por Centro de Saúde	53
Tabela 44 - Distribuição de frequências do rendimento familiar por Centro de Saúde .	53
Tabela 45 - Distribuição de frequências da Capacidade de Autonomia de vida por Centro de Saúde.....	54
Tabela 46 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde	54
Tabela 47- Distribuição de frequências da última visita ao dentista por Centro de Saúde	55
Tabela 48 - Distribuição de frequências da apreciação dos dentes por Centro de Saúde	55
Tabela 49 - Distribuição de frequências da importância das informações sobre preservação da saúde por Centro de Saúde	56
Tabela 50 - Distribuição de frequências da satisfação com a prótese por Centro de Saúde	56
Tabela 51 - Distribuição de frequências da frequência da higiene por Centro de Saúde	57
Tabela 52 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde	57
Tabela 53 - Índice GOHAI Final vs. Centros de saúde	58
Tabela 54 - Descritivos do resultado global em GOHAI	58
Tabela 55 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Género dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios	59
Tabela 56 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Grupo etário dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios.....	60
Tabela 57 - Distribuição de frequências da Última visita ao dentista do Centro de Saúde de Sete Rios por Grupo etário.....	60
Tabela 58 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Estado civil dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios.....	61
Tabela 59 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Nível de escolaridade dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios.....	61
Tabela 60 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Profissão dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios	62

Tabela 61 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Situação face ao emprego dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios	62
Tabela 62 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Rendimento familiar dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios	63
Tabela 63 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Capacidade de autonomia dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios	63
Tabela 64 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Género dos utentes do Centro de Saúde de Loures.....	64
Tabela 65 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Grupo etário dos utentes do Centro de Saúde de Loures	64
Tabela 66 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Estado civil dos utentes do Centro de Saúde de Loures	65
Tabela 67 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Nível de escolaridade dos utentes do Centro de Saúde de Loures	65
Tabela 68 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Profissão dos utentes do Centro de Saúde de Loures.....	66
Tabela 69 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Situação face ao emprego dos utentes do Centro de Saúde de Loures	66
Tabela 70 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Rendimento familiar dos utentes do Centro de Saúde de Loures	67
Tabela 71 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Capacidade de autonomia dos utentes do Centro de Saúde de Loures	67
Tabela 72 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios.....	68
Tabela 73 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Género	68
Tabela 74 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Grupo etário.....	69
Tabela 75 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Estado civil	69
Tabela 76 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Nível de escolaridade	70
Tabela 77 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Profissão	70

Tabela 78 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Situação face ao emprego	71
Tabela 79 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Rendimento familiar	71
Tabela 80 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Capacidade de Autonomia.....	71
Tabela 81 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures	72
Tabela 82 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Género	72
Tabela 83 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Grupo etário	73
Tabela 84 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Estado civil	73
Tabela 85 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Nível de escolaridade.....	74
Tabela 86 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Profissão	74
Tabela 87 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Situação face ao emprego	75
Tabela 88 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Rendimento familiar	75
Tabela 89 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Capacidade de autonomia.....	75
Tabela 90 - Comparações entre o Centro de Saúde de Loures e o Centro de Saúde de Sete de Rios nos domínios GOHAI.....	76
Tabela 91 - Correlações entre os domínios GOHAI para o Centro de Saúde de Sete Rios	77
Tabela 92 - Correlações entre os domínios GOHAI para o Centro de Loures.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1- Distribuição de frequências da amostra por Centro de Saúde	37
Gráfico 2- Distribuição de frequências da amostra por grupo etário	37
Gráfico 3 - Distribuição de frequências de amostra por gênero	38
Gráfico 4- Distribuição de frequências da amostra por estado civil.....	38
Gráfico 5 - Distribuição de frequências da amostra por última visita ao médico dentista	41
Gráfico 6 - Distribuição de frequências da amostra por uso de prótese dentária	42
Gráfico 7- Distribuição de frequências da amostra por frequência com que faz a higiene da prótese.....	43
Gráfico 8 - Distribuição de frequências da amostra por classificação dos dentes e gengivas.....	45
Gráfico 9 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “ Estou satisfeito com a minha prótese”	45
Gráfico 10- Distribuição de frequências da amostra do resultado final em GOHAI	46
Gráfico 11 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI por Centro de saúde.....	58

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

DGS – Direcção Geral de Saúde

APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada

USF – Unidade de Saúde Familiar

CS – Centro de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

USA – United States of America

DGERT – Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

DGSS - Direcção-Geral de Segurança Social

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

I. INTRODUÇÃO

1. Envelhecimento da População

1.1. Definição

O envelhecimento consiste num mecanismo progressivo que confere ao indivíduo, com o aumento da idade, modificações funcionais e limitações do seu organismo, potenciando a sua vulnerabilidade e susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças (Neto, Luft, Trentin & Silva, 2007). Poderá assim, o mesmo, ser entendido como um processo comum a todos os seres, que conferem a quem envelhece características particulares, podendo interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive (Souza, Barbosa, Oliveira, Espíndola & Gonçalves, 2010).

Os profissionais de saúde são responsáveis por proporcionar às pessoas um bom envelhecimento em todos os campos de actuação, qualquer que seja a idade, nível social ou raça (Santos, Moraes, Barbosa, Sampaio & Forte, 2007).

A Organização Mundial da Saúde e a Comissão da União Europeia valorizam e apoiam todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável, por isso, a caracterização estatística da percepção da saúde oral nas camadas mais idosas da população portuguesa é cada vez mais fundamental, porque envelhecer já não é uma proeza reservada a uma pequena parcela da população, mas sim ao mundo globalizado dos nossos dias. No entanto, o envelhecimento populacional nos países desenvolvidos difere substancialmente dos subdesenvolvidos, já que os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos e importa distingui-los.

1.2. Envelhecimento da População Mundial

A Organização das Nações Unidas (1991) aprovou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, baseado em torno de cinco pilares: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. São princípios específicos a este grupo de população, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

O fenómeno do envelhecimento populacional mundial reflecte-se nas palavras que Kofi Annan (2002) proferiu no seu discurso na Cerimónia de Abertura da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, que constitui um valioso património para a humanidade.

Em África diz-se, quando morre um ancião, que desaparece uma biblioteca. Talvez o provérbio varie de um continente para outro, mas o seu significado é igualmente certo em qualquer cultura. As pessoas idosas são intermediárias entre o passado, o presente e o futuro. A sua sabedoria e experiência constituem um verdadeiro vínculo vital para o desenvolvimento da sociedade. Reunimo-nos hoje para homenagear os idosos pela sua contribuição e para formular uma estratégia que os ajude a viver com a segurança e a dignidade que merecem (...) Trata-se de fenómeno extraordinário com consequências para cada comunidade, cada instituição e cada pessoa, jovem ou velha. Definitivamente, o envelhecimento já não é apenas um problema de primeiro mundo. O que era de importância secundária no século XX tende a converter-se num tema dominante no século XXI.

Para a Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso todo o indivíduo que já completou 65 anos. Por seu turno, nos países em vias de desenvolvimento, devido ao facto da esperança média de vida ser mais baixa, a ONU deliberou os 60 anos como a idade a partir da qual um indivíduo é considerado idoso. A melhoria das condições de vida das populações, os progressos nos cuidados médicos e científicos e o desenvolvimento e aperfeiçoamento das medidas de saúde pública implementadas são as principais causas para o crescimento demográfico desta faixa etária e, consequentemente, para o aumento do fenómeno de envelhecimento mundial (Ferreira, Magalhães & Moreira, 2008) (Kandelman, Petersen & Ueda, 2008). No entanto, esta situação gerou inevitavelmente um aumento das doenças associadas ao envelhecimento, doenças crónicas e estados de incapacidade funcional (Petersen, 2009).

1.3. Envelhecimento em Portugal

Em Portugal, à semelhança do cenário mundial, de acordo com dados do Eurostat, o envelhecimento populacional também tem vindo a aumentar, correspondendo a uma previsão de aumento exponencial de 17%, em 2007, para 32% em 2050, da população idosa. De facto, a taxa de natalidade em Portugal é uma das mais baixas do mundo. No ano de 2008 nasceram 105.151 crianças, comparativamente com 2011, onde nasceram 97286 crianças. A variação percentual do número de nascimentos desde 2008 revela a tendência para diminuição, com uma redução de 5,7 % em 2011.

De acordo com o ultimo Censos 2011, com referência a 21 de Março de 2011, a população portuguesa residente era de 10 562178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres, sendo que a percentagem de idosos atingiu 19%, o que significa que, por cada 100 jovens, há 128 idosos. O crescimento do número de idosos com idade acima dos 70 anos, a viver em instituições de apoio social, aumentou, face a 2001, cerca de 49%.

Em Portugal tem-se verificado um acréscimo significativo no valor percentual de idosos com idades superiores a 75 e 85 anos (Almeida, 2008). Veja-se que o número de idosos com 65 anos ou mais em 2010 é de 1878500 (41.8% do sexo masculino e 58.2% do sexo feminino) e estima-se que em 2050, de acordo com dados estatísticos, seja de 2960000 (44.6% de homens e 55.4% de mulheres) (DGS, 2010).

1.4. Perfil Demográfico das Populações em Estudo

O estudo efectuado incide nos concelhos de Lisboa e de Loures. Ambos estão situados na área geográfica denominada de Região de Lisboa, cuja população residente, segundo dados do INE em 2011, é de 2821876 habitantes, aumentando em cerca de 6% relativamente a 2001, que era de 2661850 habitantes. Apresenta uma percentagem de idosos de 18,2% e uma percentagem de indivíduos jovens de 15,5%.

Segundo os Censos de 2011, a Região de Lisboa é constituída pela Grande Lisboa e pela Península de Setúbal. A região da Grande Lisboa é limitada a Norte com o Oeste de Portugal, a leste com a Lezíria do Tejo, a sul com o Estuário do Tejo (e, através dele, com a Península de Setúbal), e a sul e a oeste com o Oceano Atlântico. Tem uma área de 1381 km², é composta por 9 concelhos, nos quais se incluem os concelhos de Lisboa e Loures, e apresenta uma população de 2042477 habitantes.

(1) Caracterização demográfica do Concelho de Lisboa

O concelho de Lisboa tem uma densidade demográfica de 6445 habitantes por km² e apresenta uma área de 84,97 km². O concelho subdivide-se em 24 freguesias e faz fronteira a Norte com os municípios de Odivelas e Loures, a Oeste com Oeiras, a Noroeste com a Amadora e a Sudeste com o estuário do Tejo, pelo qual se une à Península de Setúbal. Segundo os Censos 2011 Lisboa tem uma população residente de

547733 habitantes e apresenta a maior percentagem de idosos da Região de Lisboa (23,9%), o índice de envelhecimento mais elevado (184,8) e é, ao mesmo tempo, o município com menor valor percentual de jovens (12,9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

(2) Caracterização demográfica do Concelho de Loures

O concelho de Loures tem, segundo os Censos de 2011, uma população residente de 205 054 habitantes, com uma área de 169,12 km² e é constituído por duas cidades, (Loures e Sacavém) e oito vilas. É constituído por 18 freguesias, que são Apelação, Bobadela, Bucelas, Camarate, Fanhões, Frielas, Loures, Lousa, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém, Santa Iria de Azóia, Santo Antão do Tojal, Santo António dos Cavaleiros, São João da Talha, São Julião do Tojal e Unhos. A população de Loures revela um aumento de 5,1% da população pertencente à faixa etária dos 65 e mais anos, sendo as freguesias de Loures, Moscavide, Sacavém, St^a Iria da Azóia e Camarate, respectivamente, as que apresentam maior percentagem de população residente no escalão etário de maiores de 65 anos. Apesar de Loures constituir o quarto município mais jovem da Região de Lisboa, comparativamente a 2001, o índice de envelhecimento situa-se nos 77,4, revelador de um crescimento bastante considerável.

1.5. Bem-estar geral

(1) Conceito de Bem-estar

Relativamente ao conceito de bem-estar existem diferentes pontos de vista, pelo que os autores que se debruçam sobre o estudo desta temática apresentam diversas opiniões, não havendo realmente um consenso relativamente às dimensões do estado de bem-estar geral (Silva & Sousa, 2006). O bem-estar foi inicialmente caracterizado como a ausência de doença, sendo estudado no âmbito quer da Geriatria quer da Psiquiatria, e hoje em dia representa uma das maiores preocupações da nossa sociedade (Hernandez, 2007) (Oliveira et al., 2009).

O bem-estar está fortemente conotado com a noção de qualidade de vida, sendo por vezes considerados sinónimos (Giacomoni, 2004). No entanto, existem factores que distinguem estes dois conceitos tornando-os, por um lado, diferentes e, por outro lado, complementares. O bem-estar é um conceito mais amplo e mais abrangente que o

conceito de qualidade de vida, uma vez que este último está principalmente associado à saúde e à doença, constituindo um predicado essencial para proporcionar o bem-estar (Galinha & Ribeiro, 2005) (Hernandez, 2007).

(2) Tipos de Bem-estar

Existem duas grandes correntes de pensamento no que diz respeito à caracterização do conceito de bem-estar: o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico (Gouveia, Lins, Lima, Freires & Gomes 2009).

O bem-estar subjectivo é baseado na corrente hedónica, centrada na felicidade, definindo-se como a procura de prazer, evitando a dor (Siqueira & Padovam, 2008) e é o conceito de bem-estar considerado pela literatura como sinónimo de qualidade de vida (Gonçalves, 2008). Trata-se de uma corrente que defende a subjectividade da noção de bem-estar, uma vez que pode acontecer que pessoas com doenças sintam um bem-estar elevado e pessoas que não tenham doenças podem apresentar um reduzido bem-estar (Costa & Pereira, 2007). Por conseguinte, algo que proporcione bem-estar num dado momento da vida de uma pessoa, pode não proporcionar noutra momento ou não ser suficiente para atingir a satisfação (Galinha & Ribeiro, 2005).

O bem-estar psicológico, por seu turno, baseia-se na perspectiva eudamónica e focaliza-se na auto-realização e nos sentimentos de competência pessoal, estando intimamente relacionado com as aptidões individuais da própria pessoa e na forma como este lida com os desafios com que se depara na sua vida (Siqueira & Padovam, 2008) (Oliveira et al., 2009). Esta componente de bem-estar complementa o conceito de bem-estar subjectivo e é definido por atitudes como a auto-aceitação, a existência de objectivos de vida, vínculos de afecto com os outros, autonomia para seguir as próprias convicções e capacidade para lidar com as exigências quotidianas (Siqueira & Padovam, 2008).

(3) Qualidade de Vida

Qualidade de vida é um conceito bastante subjectivo, que está, tal como foi referido anteriormente, intimamente relacionado com o bem-estar pessoal e a auto-estima do indivíduo, e depende de uma série de factores como o nível socioeconómico, a interação social, o suporte familiar, o autocuidado, a capacidade funcional, o estilo de vida, os valores éticos e religiosos, o próprio estado de saúde e o meio em que o indivíduo está inserido e a satisfação com as próprias actividades diárias (Almeida,

2008). As vertentes físicas, psicológicas e fisiológicas do processo de envelhecimento tornam-se mais importantes e debilitantes à medida que as pessoas vão ficando mais velhas (Lima et al., 2007).

Segundo Fontaine (2000) existem três planos diferentes essenciais para a compreensão do processo de envelhecimento e que determinam a sua qualidade de vida: o psicológico, o fisiológico ou biológico e o social.

No plano psicológico coexistem a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. A primeira é aquela que, na maioria dos casos, é a mais afectada. A memória a longo prazo, por sua vez, revela um melhor desempenho, sendo contudo importante a existência de actividades permanentes e consistentes que a estimulem e fortaleçam.

No plano fisiológico verifica-se, principalmente, uma diminuição da qualidade e da eficácia das funções da maioria dos órgãos, levando a uma maior predisposição a doenças, incapacidades ou demência.

Em terceiro lugar, o plano social é caracterizado por uma panóplia de circunstâncias externas ao próprio indivíduo, que influenciam a sociedade e que acabam por criar barreiras e preconceitos, contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida do idoso. São exemplos destes factores de exclusão a intolerância, a insensibilidade e a incompreensão.

1.6. Saúde Geral e Saúde Oral nos Idosos

(1) Saúde Geral no Idoso

O idoso deve ser compreendido na sua totalidade. Deve ter-se em consideração a vertente psicológica, social, cultural e familiar e só assim a relação profissional-paciente será melhor. É de grande importância haver um estímulo ao cuidado pessoal com o corpo e com a auto-estima do idoso, visto a dificuldade que este grupo populacional encontra em aceitar as evoluções do mundo (Lelis, Siqueira, Reis, Oliveira & Gonçalves, 2008). Assim, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de saúde e de doença ou enfermidade” (Castro, Portela & Leão 2007). No processo de envelhecimento, o organismo vai-se deparando com uma série de modificações morfológicas e funcionais ao nível de vários órgãos (Lucena et al., 2010). Deste modo, é fundamental conhecer as alterações fisiológicas e patológicas a que o organismo do idoso é sujeito e, ao mesmo tempo, conferir a relevância necessária aos aspectos

psicossociais que as ditas alterações acarretam para cada indivíduo (Rosa, Zuccolotto, Bataglion & Coronatto, 2008).

Apesar de envelhecer não ser sinónimo de adoecer, a realidade é que os idosos carecem de suporte e apoio especial devido às limitações de saúde e funcionais decorrentes da idade (Melo, Piccinini, Rosa, Rosa & Garcês, 2008). A crescente tendência de envelhecimento da sociedade actual acarreta inúmeros desafios, nomeadamente a necessidade de prestar cuidados acrescidos a esta faixa etária (Hetzl, 2010). No entanto, no seio das famílias, as exigências profissionais da sociedade contemporânea ou mesmo a falta de recursos económicos criam sérias dificuldades em prestar a devida atenção e auxílio aos seus idosos (Barbosa et al., 2007).

As medidas preventivas implementadas no âmbito dos cuidados de saúde pública, tanto no campo da saúde geral como no da saúde oral, como um maior acesso a saneamento básico, vacinação, tratamento de doenças e fármacos, bem como orientação sobre critérios para prevenção de cárie e doença periodontal, têm contribuído eficazmente para uma maior manutenção do estado de saúde do idoso (Ribeiro, Silva, Nogueira & Filho, 2009).

(2) Saúde Oral no Idoso

No passado, tal como o adoecimento, também a perda dentária e as más condições dos próprios dentes dos idosos eram entendidas como um processo normal da vida decorrente do envelhecimento (Martins, Barreto e Pordeus, 2009). No entanto, esta ideia encontra-se alterada nos dias de hoje, em que a saúde oral do idoso é de extrema relevância uma vez que constitui parte integrante na sua saúde geral, reflectindo-se na manutenção da qualidade de vida (Mujica, Rivera & Carrero, 2008).

A debilidade da saúde oral dos idosos deve-se principalmente à diminuição dos cuidados médico-dentários e à negligência relativamente ao cuidado com a higiene oral (Kossioni & Dantas, 2007). A diminuição da função cognitiva e a demência decorrentes do envelhecimento associadas à baixa acessibilidade aos serviços de saúde e ausência de programas específicos para esta faixa etária da sociedade torna precária a condição oral dos idosos (Gutierrez, Lotufo, Costa & Pannuti, 2008), (Wu, Plassman, Crout & Liang, 2008). Uma justificação para esta realidade é a escassez de profissionais especializados na área da saúde oral no passado, sendo que na conjuntura actual essa realidade esteja tendencialmente a reverter-se, não se admitindo hoje em dia ausência de melhorias ao

nível da saúde oral da população idosa (Hiramatsu, Tomita & Franco, 2007). De facto, nos países industrializados tem-se observado um aumento significativo do tempo de permanência da dentição natural e uma redução das patologias orais, como por exemplo a cárie dentária (Ferreira et al., 2008), (Petersen, 2009).

De acordo com dados da DGSS e da DGS, existe actualmente uma estratégia política do Governo de intervenção direccionada à redução das desigualdades e de melhorar a qualidade de vida dos idosos mais carenciados, tendo sido criado um regime de benefícios adicionais de saúde no âmbito do Complemento Solidário para Idosos, que consiste num apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com mais de 65 anos e com baixos recursos, que permite ser acumulável com as demais pensões. É pago mensalmente, 12 vezes por ano e o seu montante mensal pode atingir, no máximo, em 2013, € 4909,00 por ano, ou seja € 409,08 por mês. Outra das medidas consiste no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) incluído no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que visa a promoção da saúde oral através da atribuição de um cheque-dentista a utilizar num médico prestador aderente ao PNPSO, que visa permitir a prestação de cuidados médico-dentários a grupos chave e especialmente vulneráveis, designadamente, a pessoas idosas beneficiários do Complemento Solidário que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde.

(3) Alterações Orais que afectam a saúde dos idosos

As patologias orais mais frequentes no idoso e que representam a principal causa de perda dentária são a doença periodontal e a cárie dentária (Yoshihara, Watanabe, Hanada & Miyazaki, 2009). A xerostomia e as lesões na mucosa são condições orais também muito frequentes (Côrte-Real, Figueiral & Reis Campos, 2011).

(a) Perda Dentária

Constitui uma das alterações mais comuns na população idosa, reflectindo-se no bem-estar geral e na dieta, mas também na vertente funcional, social e psicológica do indivíduo (Ferreira et al., 2008). Os principais factores etiológicos da perda dentária são a doença periodontal, a elevada exposição à cárie dentária, trauma, tratamentos iatrogénicos, complicações endodônticas, fraca higiene oral e alimentação cariogénica (Ribeiro et al., 2009). Outras causas para além das referidas são o tabaco, o baixo nível

sócio-económico e a utilização limitada dos serviços médico-sanitários (Tramini, Montal & Valcarcel, 2007), (Chalmers & Ettinger, 2008).

A perda dentária não só é responsável por provocar danos a nível da função mastigatória e da fonação, como também pode causar desequilíbrios na organização social e psíquica do idoso, uma vez que para o próprio doente muitas vezes é mais relevante a função estética dos dentes, o que motiva a busca de soluções de reabilitação oral dos espaços desdentados, sobretudo dos anteriores (Silva, Villaça & Magalhães, 2010).

Idosos com elevadas perdas dentárias tendem a seguir uma dieta baseada em alimentos moles ricos em gorduras saturadas e colesterol que estão associadas ao aparecimento de doenças cardiovasculares ou cancro no aparelho gastro-intestinal (Kossioni & Dantas, 2007), havendo défice nutricional de vitamina B12 e ácido fólico que podem desencadear distúrbios neurológicos e anemia do tipo megaloblástica (Watanabe, 2007), (Magalhães, 2011), sendo esta última responsável por manifestações orais como a despigmentação da mucosa, queilite angular, glossite, úlceras e mucosite eritematosa difusa (Pontes et al., 2009). As perdas dentárias podem também estar associadas ao aparecimento de carcinomas da cabeça e pescoço, esófago e pulmões (Hiraki, Matsuo, Suzuki, Kawase & Tajima, 2008).

(b) Doença Periodontal

A perda de inserção periodontal e de osso alveolar é muito comum na população idosa, influenciada sobretudo por alterações nas células dos tecidos periodontais induzidas pelo envelhecimento, que conduz a vários mecanismos tais como a intensificação da resposta periodontal a estímulos bacterianos e mecânicos, redução significativa da formação óssea, formação de citocinas inflamatórias envolvidas na reabsorção óssea ou a problemas endócrinos como a osteoporose, osteopenia e défice de vitamina D (Huttner, Machado, De Oliveira & Antunes, 2009).

Na origem do desenvolvimento da doença periodontal está a acumulação de placa bacteriana fruto dos maus hábitos de higiene oral prevalentes na população idosa, responsáveis por desencadear processos de inflamação gengival e de perda de inserção periodontal (Kandelman et al., 2008). O fenómeno de inflamação da gengiva com origem na placa bacteriana denomina-se gengivite e para além de ser reversível é caracterizada por alterações da cor, contorno e consistência da gengiva e por um aspecto

edematoso. Por seu turno, a perda de inserção periodontal resulta da migração apical do epitélio de união causada pela destruição dos constituintes do periodonto, mais concretamente do ligamento periodontal, do osso alveolar e do cimento (Abreu, Lopes, Pereira, Pereira & Alves, 2010).

A doença periodontal tem como principais factores de risco o tabaco e a diabetes mellitus (Bratthal, Petersen, Stjernsward & Brown, 2006) e tem grandes repercussões na saúde oral e sistémica, podendo estar na origem de perda dentária, redução da capacidade mastigatória, halitose, alterações gustativas, dificuldades na deglutição e subnutrição (De Rossi & Slaughter, 2007).

(c) Xerostomia

A xerostomia afecta cerca de 30% dos idosos, tem uma prevalência crescente com a idade (Kandelman et al., 2008) e é conhecida como a secura da boca, resultante da disfunção das glândulas salivares (Lucena et al., 2010) que leva a uma diminuição da quantidade e viscosidade da saliva secretada, especialmente em repouso (Rosa et al., 2008).

Pode ser o resultado de doenças sistémicas como a diabetes, síndrome de Sjogren, Sida, cirroses alcoólicas, desequilíbrios hormonais, bem como de radioterapia à cabeça e pescoço. Por outro lado, os fármacos mais usualmente prescritos têm efeitos xerostomizantes (cerca de 80%) e constituem a principal causa de xerostomia em idosos, sendo os mais comuns os anti-depressivos, diuréticos, anti-psicóticos, anti-colinérgicos, sedativos, anti-hipertensivos, ansiolíticos, anti-histamínicos, citotóxicos, AINEs (anti-inflamatórios não esteróides) e analgésicos opióides. (De Rossi & Slaughter, 2007), (Kossioni & Dantas, 2007), (Weiner et al., 2011). Outro factor de risco da xerostomia é o tabaco (Petersen & Yamamoto, 2005).

Problemas ao nível das glândulas salivares e quadros persistentes de xerostomia podem potenciar desordens orais e faríngeas significativas que afectam e causam transtornos relevantes no modo de vida dos indivíduos (Turner & Ship, 2007), nomeadamente o aumento da incidência de gengivite, candidíase, diminuição da acção anti-microbiana da saliva, aumentos das infecções bucais, cáries e dor que dificultam necessidades básicas como a fala, mastigação, deglutição e o uso de próteses, que implicam alterações na dieta do idoso e consequentemente tornam-no mais susceptíveis

a doenças sistémicas (De Rossi & Slaughter, 2007), (Gupta, Epstein & Sroussi, 2006), (Ribeiro et al., 2009).

(d) Cárie Dentária

Segundo Souza, Barbosa, Oliveira, Espíndola & Gonçalves (2010), a cárie dentária é a terceira infecção mais comum a nível mundial. Nos idosos existe uma maior prevalência de cáries radiculares comparativamente com as cáries coronais, apesar de ambos os tipos apresentarem uma elevada taxa de ocorrência. A cárie radicular constitui a principal causa de perda dentária em indivíduos mais velhos, devido em grande parte à recessão gengival, podendo também ser consequência da disfunção das glândulas salivares, diminuição da capacidade motora e de uma deficiente higiene oral. Pode também estar relacionada com factores de cariz social como a baixa percepção da saúde oral, adopção de comportamentos de risco, reduzido acesso aos serviços de saúde e nível sócio-económico do idoso (Saunders & Meyerowitz, 2005).

A prevenção deste tipo de cárie passa sobretudo pela prevenção da recessão gengival ou, se esta já existir, por evitar o processo de desmineralização da raiz exposta. Uma atenta e cuidada preservação do estado de saúde oral associada à diminuição ou ausência de comportamentos de risco, como o tabaco, constituem as principais medidas a ter em conta na prevenção da cárie dentária (Sugihara et al., 2010).

(e) Lesões da Mucosa Oral Associadas à Prótese

As alterações que podem ocorrer na mucosa oral advêm de situações de trauma, hábitos orais, disfunção das glândulas salivares ou patologias (De Rossi & Slaughter, 2007). Podem ainda surgir em consequência de doenças sistémicas, tabaco e álcool, podendo estar também associadas a factores como a idade, raça, estatuto sócio-económico e o género (Ferreira, Magalhães & Moreira, 2010).

A utilização de prótese, bem como a qualidade das mesmas, está usualmente conotada com a existência de lesões na mucosa (Mujica et al., 2008). Nestes casos, é comum verificarem-se casos de estomatites, úlceras, candidíases e hiperplasias (Silva & Saintrain, 2006). Lesões como queilite angular, penfigóide benigno e hiperqueratose têm também uma elevada taxa de ocorrência (Ribeiro et al., 2009). A estomatite protética trata-se de uma situação clínica muito comum na população idosa que consiste num processo inflamatório dos tecidos da mucosa oral adjacente às próteses dentárias

(Lelis et al., 2008). Em grande parte dos casos ocorre colonização da mucosa de suporte protético por *Candida Albicans*, mas também pode surgir como manifestação de doenças sistémicas, situações de trauma ou reacções alérgicas ao material da prótese. Este tipo de lesões são mais frequentes em portadores de próteses totais desadaptadas, sem retenção e/ou com diminuição da dimensão vertical, sendo que nestes casos a estomatite protética apresenta uma prevalência de 11 a 67% (Petersen & Yamamoto, 2005).

As maiorias das lesões da mucosa oral descrita em idosos são adquiridas e podem ser prevenidas (Taiwo & Omokhodion, 2009). Portanto, é essencial que o médico dentista tenha a formação necessária para proceder a um diagnóstico adequado das alterações verificadas na mucosa e que consiga estabelecer uma diferenciação correcta e objectiva das alterações patológicas das fisiológicas (Vieira-Andrade et al., 2011).

(f) Cancro Oral

A população idosa apresenta um maior risco de desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas, surgindo aproximadamente 95% dos casos de cancro em indivíduos com mais de 40 anos, sendo diagnosticado sobretudo a partir dos 60 anos (Kandelman et al., 2008), (Chalmers & Ettinger, 2008). Os indivíduos do sexo masculino com mais de 45 anos, por serem tradicionalmente os maiores consumidores de tabaco e álcool, são os mais frequentemente afectados (Albuquerque, López-López, Jane-Salas, Rosa-Santos & Ibrahim, 2011)

O cancro oral desenvolve-se a partir de lesões pré-cancerosas e tem como principais factores de risco o álcool e o tabaco, sendo que infecções por *Candida Albicans*, problemas nutricionais e irritações locais podem também ser um factor desencadeante (Bratthall et al., 2006). Ao invés, uma alimentação rica em frutos e vegetais, devido ao elevado conteúdo de vitamina C e carotenóides, tem uma acção protectora relativamente ao aparecimento de lesões pré-malignas e malignas (Taiwo & Omokhodion, 2009).

A região intra-oral onde é mais frequente o aparecimento de carcinomas é a língua, seguida do pavimento da boca. Cerca de 70% dos carcinomas da cavidade oral têm origem em lesões pré-malignas, nomeadamente leucoplasias, líquen plano, eritoplasias, estomatite nicotínica e fibrose submucosa (Tanaka, Tanaka & Tanaka, 2011). A leucoplasia é a lesão pré-maligna mais referida (Taiwo & Omokhodion, 2009),

apresentando uma taxa de malignização de 17,8%, sendo o risco de malignização mais elevado quando a lesão se encontra nas superfícies ventrais e laterais da língua, com aspecto pouco homogéneo e com displasia evidente, em indivíduos com idade avançada (Liu et al., 2012).

1.7. Autopercepção no Idoso

A percepção da saúde ou auto-avaliação da saúde é um importante indicador do estado de saúde, uma vez que diz respeito a uma opinião subjectiva e ao modo como o indivíduo entende a sua saúde tendo em conta estímulos externos, baseando-se apenas na avaliação do próprio sujeito relativamente ao seu estado de saúde física e mental e não em interpretações médicas objectivas (Vintém, 2008). Os problemas orais abrangem outras vertentes do organismo, tendo grande influência nos aspectos nutricionais e psicossociais do indivíduo, o que torna a componente subjectiva do diagnóstico cada vez mais importante (Mesas, Andrada & Cabrera 2008). Como tal, para além da avaliação clínica baseada na objectividade torna-se de grande relevância o conhecimento das necessidades e condições subjectivas do idoso, baseado numa avaliação relatada pelo próprio (Silva & Sousa, 2006).

A autopercepção consiste, portanto, num eficaz auxiliar de diagnóstico e tratamento, uma vez que fornece indicações acerca dos sintomas e das expectativas do doente relativamente à sua situação odontológica. Os indicadores de auto-avaliação não devem, contudo, ser utilizados com o intuito de diagnosticar doenças, mas sim como instrumento complementar, identificando as necessidades da população estudada, podendo ser curativas, preventivas e educativas (Vaccarezza, Costa & Ponta, 2010). Não estando directamente relacionado com os fins terapêuticos, o conhecimento e a avaliação da autopercepção vai influenciar positivamente a decisão clínica, o diagnóstico e o método de tratamento, melhorando os cuidados de saúde dos indivíduos (Gerritsen, Allen, Witter, Bronkhorst & Creugers, 2010).

Segundo Martins, Barreto & Pordeus, (2008), os indivíduos que recorrem aos profissionais de saúde oral tendem a revelar um nível de autopercepção mais elevado. Torna-se necessário conhecer as razões dessa procura e a natureza das mesmas (sociais, psicológicas, económicas, por exemplo), uma vez que a percepção pode representar uma maior motivação para o cuidado com a saúde oral e um maior acesso aos serviços

médico-dentários, ou pode em contrapartida originar um elo de separação quanto à procura de profissionais e cuidados de saúde.

De salientar, apesar de todos os benefícios da autopercepção, que esta não pode dispensar o exame clínico objectivo, visto tratar-se de um instrumento de avaliação subjectivo em que factores como a condição económica, a educação e o desconhecimento e ausência de motivação para políticas preventivas influenciam de forma concreta a autopercepção dos idosos, bem como o facto de espontaneamente aceitarem situações não letais, adaptando-se a elas e encarando-as como naturais do processo de envelhecimento decorrente da idade (Lima et al., 2007).

1.8. Indicadores Sócio-Dentários

(1) GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

O Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) foi desenvolvido em 1990 por Atchinson & Dolan, e consiste num índice de percepção do impacto da saúde oral e das suas condicionantes no quotidiano dos indivíduos idosos, em que a condição oral saudável é tida como a presença de uma dentição natural ou protética confortável e funcional, com inexistência de dor e infecção (Vasconcelos, Júnior, Teles & Mendes, 2012).

Através do GOHAI, a qualidade de vida é avaliada com base em 3 dimensões de saúde oral, dispostas em 12 itens (Kressin, Jones, Omer & Spiro, 2008). Tem-se o domínio físico que comporá as funções de comer, falar e deglutir; o domínio psicossocial que envolve a autoconsciência relativamente à saúde oral, a insatisfação quanto à aparência e o evitar contactos sociais por problemas na boca; e o domínio da dor ou desconforto que reporta ao desconforto durante a mastigação e ao recurso a medicação para aliviar a dor existente (Othman et al., 2006).

Este índice rege-se pelos fundamentos de que a autopercepção pode medir a saúde oral, demonstrar debilidades na condição oral dos idosos e ainda prever o estado de saúde dos mesmos (Sánchez-García et al., 2010). Como tal, o seu principal objectivo consiste em complementar as medidas clínicas, com particular incidência nas vertentes físicas, psicológica e fisiológica (Alcarde et al., 2010).

2. Hipóteses

As hipóteses de estudo são:

Os idosos dos Centro de saúde de Sete Rios têm uma moderada percepção, da sua saúde oral;

- I. Os idosos dos Centro de saúde de Loures têm uma moderada percepção, da sua saúde oral;
- II. A dificuldade na mastigação e na alimentação não interferem na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), comparando os dois locais da amostra;
- III. A dor existente na cavidade oral não interfere na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), comparando os dois locais da amostra;

3. Objectivos

3.1. Objectivo Geral

O presente estudo teve como objectivo avaliar de forma quantitativa o efeito do indicador sócio demográfico GOHAI nos Centros de Saúde de Sete-Rios e de Loures, de forma a comparar o impacto da qualidade de vida na saúde oral nos idosos nos dois locais de estudo e das amostras em causa.

3.2. Objectivos Específicos

- I. Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral, nos dois Centros de Saúde.
- II. Caracterizar sócio demograficamente, a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Sete Rios e a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Loures.
- III. Identificar os principais factores sócio demográficos associados à variável, autopercepção, nos dois locais e compará-los.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

Foi obtido o parecer favorável da DGS, parecer n.º 61/2010, através do gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade desta entidade pública, por intermédio da ADPDH. O estudo em causa foi submetido à Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz para a realização do projecto de investigação, com idêntica aprovação.

Os doentes envolvidos neste estudo assinaram o Termo de Consentimento Informado, no qual estão especificados os objectivos da pesquisa, os riscos possíveis e os benefícios esperados, esclarecimento do procedimento a efectuar tal como a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos, sendo estes apenas utilizados com finalidade estatística. Foi explicada a importância da sua participação no presente estudo, sendo distribuído a cada individuo um folheto informativo sobre o mesmo.

2. Tipo de Estudo

O estudo efectuado tem carácter exploratório, descritivo e transversal, envolvendo uma perspectiva quantitativa através de uma abordagem metodológica.

Com o intuito avaliar a autopercepção do idoso relativamente à sua saúde oral recorreu-se a uma amostragem não-probabilística de conveniência, em que a probabilidade de ser incluído na amostra não é igual para todos os indivíduos. Fortin, citado por Gonçalves (2008) admite que o entrevistador “selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”.

3. Local de Estudo

O estudo do Projecto Portugal a Sorrir – Idosos, é realizado em Centros de Saúde, nos utentes do SNS, pertencentes à Unidade Setentrional de Lisboa e Setúbal, que têm por referência o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. A amostra inclui idosos residentes em Lisboa e em Loures.

Nesta pesquisa, foi apenas estudada a população idosa e utente dos Centros de Saúde de Sete Rios e de Loures, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, incluindo a sede e a unidade do UCSP de Sete Rios, a USF Parque da Cidade (CS Loures) e a USF Loures Saudável (CS Loures). No que diz respeito à área de influência, o Centro de Saúde de Sete Rios abrange as freguesias de Campolide, Nossa Senhora de Fátima e São Domingos de Benfica, pertencentes ao concelho de Lisboa, enquanto o Centro de Saúde

de Loures engloba as freguesias de Loures e Frielas, pertencentes ao concelho de Loures.

4. Amostra

A amostra é constituída por 64 idosos, frequentadores do Centro de Saúde de Sete Rios, e 51 idosos frequentadores do Centro de Saúde de Loures, de acordo com os critérios éticos para investigação em seres humanos, de manter o anonimato dos sujeitos e preservar o sigilo das informações.

Uma vez que este estudo está inserido no projecto nacional “Portugal a Sorrir” a amostra foi seleccionada, definindo-se previamente os critérios de escolha do número de idosos em cada centro de saúde.

5. Factores de Inclusão e Exclusão

Os factores de inclusão foram:

- I. Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos;
- II. Indivíduos com capacidade de responder ao questionário (física e mental);
- III. Indivíduos frequentadores dos Centros de Saúde de Sete Rios ou de Loures que aceitaram participar no estudo (consentimento informado).

Os factores de exclusão foram:

- I. Indivíduos com menos de 65 anos;
- II. Indivíduos com incapacidade de responder ao questionário (física e mental);
- III. Indivíduos não frequentadores do Centro de Saúde de Sete Rios ou de Loures;
- IV. Indivíduos que não aceitaram participar no estudo (recusaram assinar o consentimento informado)

6. Variáveis de Estudo

Neste estudo foram consideradas dois tipos de variáveis, a dependente e as independentes. Estão ambas relacionadas uma vez que o resultado da primeira variável (dependente) depende do comportamento do segundo tipo de variáveis (independentes).

7. Variável Dependente

Autopercepção que o idoso tem da sua saúde oral.

8. Variáveis Independentes

Sociodemográficas:

- Local da entrevista
- Género
- Idade (Grupo etário)
- Estado civil
- Nível de escolaridade
- Profissão
- Situação face ao emprego
- Rendimento familiar
- Capacidade de Autonomia de vida

Condições subjectivas de saúde oral:

- Última visita ao dentista
- Apreciação dos dentes
- Importância das informações sobre preservação da saúde
- Satisfação com a prótese
- Frequência da higiene

Auto-avaliação da condição oral

- Classificação dos dentes e gengivas
- Grau de satisfação quanto à prótese

9. Questionário

O método utilizado para obtenção dos dados foi um questionário denominado “Percepção dos idosos sobre a importância da sua saúde oral”. Todas as entrevistas decorreram nas salas de espera dos Centros de saúde de Sete Rios e de Loures, nos momentos que antecediam as respectivas consultas.

No primeiro contacto com os idosos inquiridos, o entrevistador apresentou-se como sendo estudante do curso de Medicina Dentária e colaborador do projecto “Portugal a Sorrir”. De seguida, foram informados do intuito deste estudo através de uma breve explicação por parte do entrevistador e foi-lhes entregue um exemplar do termo de consentimento informado, que mais uma vez explica o objectivo principal do questionário, bem como a ausência de qualquer tipo de risco ou desconforto em

consequência das actividades de pesquisa; a possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista; e, sobretudo, assegura a confidencialidade das informações obtidas, destinando-se apenas ao propósito científico, sem revelar os dados pessoais do participante.

Após a leitura cuidada deste formulário, o idoso que aceite participar no estudo assina-o, de livre e espontânea vontade, e inicia-se a entrevista, sendo que em todos os casos, por opção da totalidade dos indivíduos inquiridos, foi o entrevistador a efectuar as perguntas e não o próprio idoso a lê-las.

O questionário é constituído por 3 partes distintas entre si.

Na primeira parte, Parte A, foram preenchidos os factores sociodemográficos do idoso, composto por campos de resposta aberta e outros de resposta fechada considerando as variáveis “Idade”, “Género”, “Profissão”, “Nível de escolaridade”, “Estado Civil”, “Local de nascimento”, “Rendimento familiar”, “Capacidade de Autonomia de vida”, entre outras.

Na segunda parte, Parte B, há particular incidência sobre a saúde oral do idoso. Foram efectuadas perguntas como “Quando foi a sua última visita ao dentista?”, “Já recebeu informação sobre como fazer o exame da própria boca para prevenir o Cancro oral?”, “Tem prótese?”, “Como faz a higiene da sua Prótese?”, “Qual o motivo por que não tem prótese?”, entre outras.

Ainda incluídas nesta 2ª parte encontram-se três questões, sendo uma delas: “Se tem dentes próprios, acha que os seus dentes e gengivas são:”, com as possibilidades de resposta “Excelentes”, “Bons”, “Regulares”, “Maus”, “Péssimos e “Não sabe”, correspondendo a uma escala de frequências. A outra questão é “Qual o grau de satisfação quanto à prótese?” com as seguintes hipóteses de resposta: “Estou satisfeito com a minha prótese”, “Uso, mas não como com ela”, “Nunca me consegui adaptar e contactei o dentista por causa disso”, “Já usei várias próteses e nunca me adaptei”, “A prótese magoa-me”, “A prótese salta” e “Só me adaptei a uma das próteses”. Por fim, se o indivíduo tiver ausência de dentes e não usar prótese, na terceira questão é-lhe perguntado o motivo da não utilização, havendo seis opções de resposta: “Não preciso, mastigo tudo e bem”, “É muito caro”, “Ninguém me informou que é necessário substituir os dentes perdidos”, “Porque a ausência de dentes não altera a minha estética”, “Porque as minhas gengivas são fortes” e “Porque falo bem com as pessoas”. Estas 3 questões enquadradas na segunda parte do questionário visam medir a auto-avaliação da saúde oral do inquirido.

Na terceira parte, Parte C, é aplicado o GOHAI, em que cada questão pode ter a classificação de 1 correspondente a “Sempre”, 2 correspondente a “Algumas vezes” e 3 correspondente a “Nunca”, que são posteriormente somados fazendo com que a escala do índice GOHAI no seu total se encontre entre os 12 e os 36 (Gonçalves, 2008), (Lima et al., 2007). Assim, o resultado final pode ser classificado como um nível de percepção Baixo (menor ou igual a 30 pontos), Moderado (31-33 pontos) ou Alto (34-36 pontos) (Alcarde et al., 2010), (Henriques et al., 2007), (Santos et al., 2007).

Deste modo, coexistem na terceira parte do questionário 3 domínios fundamentais relacionados com a qualidade de vida em saúde oral nos últimos 3 meses.

Domínio Físico ou Funcional: inclui a alimentação, fala e deglutição, compreendendo as perguntas 1, 2, 3 e 4, em que a classificação pode atingir um mínimo de 4 pontos e um máximo de 12.

Domínio Psicológico ou Psicossocial: inclui a preocupação ou cuidado com a própria saúde oral, a autoconsciência relativa à saúde oral, o facto de evitar contactos sociais e a insatisfação relativamente à aparência. Compreende as questões 6, 7, 9, 10 e 11, podendo alcançar uma classificação mínima de 5 pontos e máxima de 15 pontos.

Domínio da Dor e Desconforto: inclui o desconforto oral e a necessidade de tomar medicação para aliviar a dor, compreendendo as perguntas 5, 8 e 12, que podem atingir uma classificação mínima de 3 pontos e máxima de 9. (Costa, Saintrain & Vieira, 2010), (Al Shamrany, 2006), (Matos & Lima-Costa, 2006), (Silva, Sousa & Wada, 2005).

Portanto, quanto maior for a pontuação obtida é de esperar uma maior saúde oral, bem como a qualidade de vida autopercibida em relação à própria saúde oral (Costa et al., 2010), sendo que quanto maior a prevalência da resposta “Sempre”, pior será a condição oral (Henriques, Telarolli Júnior, Loffredo, Montandon & Campos, 2007).

10. Análise Estatística

Os dados recolhidos dos questionários foram analisados do ponto de vista quantitativo através de análise estatística pelo software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicaco IL, USA) versão 20.0, utilizando medidas de frequência absoluta e relativa e outros indicadores de estatística descritiva (média,

desvio padrão, valor máximo, valor mínimo, mediana), com a finalidade de estabelecer uma caracterização da amostra em estudo.

Face à tipologia qualitativa da generalidade das variáveis em estudo, a análise estatística dos resultados foi na sua maioria efectuada com recurso à estatística não paramétrica. Neste âmbito, utilizou-se o teste do qui-quadrado, tendo em vista a testagem de associações entre categorias de 2 variáveis nominais ou ordinais. Requerendo condições de aplicação para a validade dos seus resultados e interpretações – frequências esperadas superiores a 5 não excederem os 20% - nos casos em que as mesmas não se verificaram, mas se dispunha de tabelas 2x2, utilizou-se em alternativa o teste de Fisher.

A testagem da interdependência entre os domínios GOHAI, foi efectuada recorrendo igualmente à estatística não paramétrica, nomeadamente ao teste de correlação de Spearman. Apesar de os referidos domínio constituírem variáveis do tipo quantitativo, o facto de não apresentarem uma distribuição normal não permitiu o recurso à estatística paramétrica. A estatística paramétrica foi utilizada através da aplicação do teste t de Student, teste de hipótese de comparação de médias, entre duas amostras independentes, para variáveis dependentes de tipo quantitativo. Este teste foi aplicado no presente estudo, tendo em vista a verificação da existência de diferenças significativas ao nível do domínio físico, domínio psicossocial e domínio dor e desconforto do GOHAI, entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures.

Os níveis de significância utilizados em todas as situações, foram de $p=0,05$ ou $p=0,01$, consoante a probabilidade p obtida permitisse obter conclusões com um nível de confiança de 95% ou 99%, respectivamente.

III. RESULTADOS

Neste estudo foram entrevistados 115 idosos, sendo que 64 (55,65%) pertencem ao Centro de Saúde de Sete Rios e 51 (44,35%) pertencem ao Centro de Saúde de Loures (Gráfico 1).

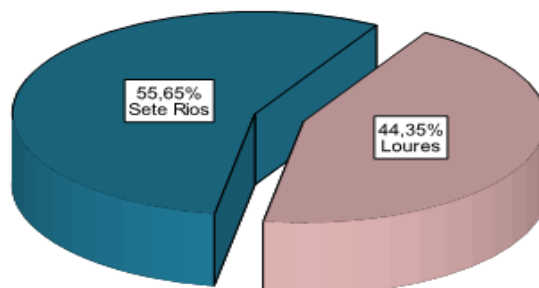


Gráfico 1- Distribuição de frequências da amostra por Centro de Saúde

1. Análise descritiva dos indicadores sociodemográficos

O total da amostra apresenta uma média de idades de 74,44 anos, com um desvio padrão de 7,199, variando entre uma idade mínima de 65 anos e uma máxima de 95 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva da amostra por idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Idade	115	65	95	74,44	7,199	51,828
N	115					

A maior percentagem de indivíduos, 35,65% apresenta idades compreendidas entre os 65 e os 70 anos, 26,96% tem entre 71 e 75 anos, 20% têm mais de 80 anos e a percentagem menor é a dos indivíduos com idades compreendidas entre os 76 e os 80 anos (17,39%) (Gráfico 2).

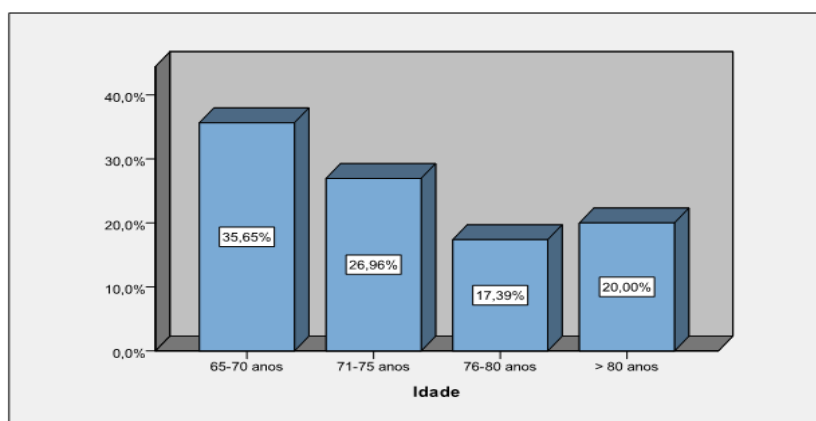


Gráfico 2- Distribuição de frequências da amostra por grupo etário

Dos 115 idosos inquiridos, 67,83% pertencem ao sexo feminino e 32,17% ao sexo masculino (Gráfico 3).

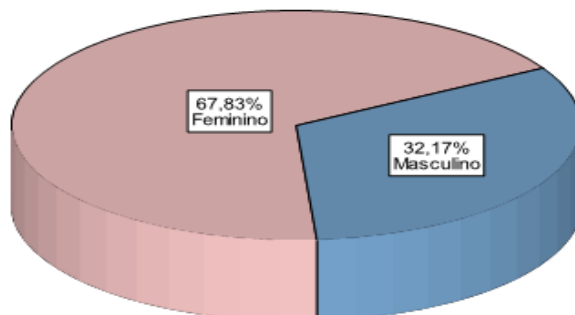


Gráfico 3 - Distribuição de frequências de amostra por género

No que diz respeito ao local de nascimento a maior parte dos indivíduos entrevistados é natural do concelho de Lisboa (20,9%) e em segundo lugar do concelho de Loures (6,1%). Relativamente à capacidade de autonomia de vida, a grande maioria dos idosos são totalmente independentes (89,6%), sendo apenas 10,4% parcialmente dependentes (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequências da amostra por capacidade de autonomia de vida

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Totalmente independente	103	89,6	89,6
Parcialmente dependente	12	10,4	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Analisando o estado civil, mais de metade da amostra são casados (65,22%), 27,83% viúvos, 5,22% divorciados e apenas 2 idosos são solteiros (1,74%) (Gráfico 4).

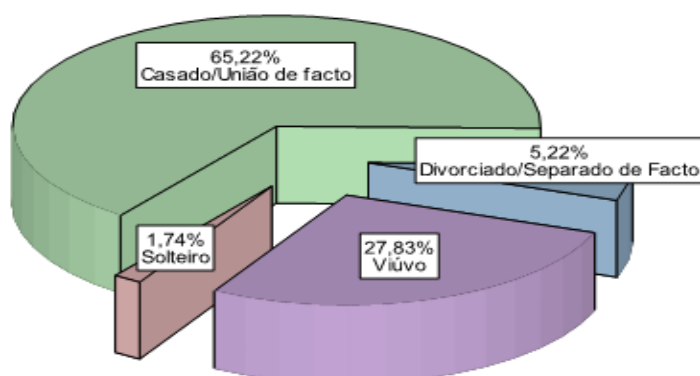


Gráfico 4- Distribuição de frequências da amostra por estado civil

Quanto à situação face ao emprego, quase todos os idosos entrevistados estão reformados (96,5%), sendo que apenas 3 estão no activo (2,6%) e 1 se encontra desempregado (0,9%) (Tabela 3). Em relação à profissão, a maior percentagem existente é de trabalhadores não manuais qualificados (31,3%) (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição de frequências da amostra por situação face ao emprego

	Frequência	Percentagem
Activo	3	2,6
Desempregado	1	0,9
Reformado	111	96,5
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>

Tabela 4 - Distribuição de frequências da amostra por profissão

	Frequência	Percentagem
Profissional	7	6,1
Ocupações intermédias	5	4,3
Trabalhadores não manuais qualificados	36	31,3
Trabalhadores manuais qualificados	10	8,7
Trabalhadores manuais parcialmente qualificados	33	28,7
Trabalhadores manuais não qualificados	24	20,9
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>

Observando o nível de escolaridade, mais de metade dos inquiridos estudou até ao 4º ano (53,9%), 12,2% até ao 9º ano, 10,4% até ao 12º ano, 8,7% até ao 7º ano, 4,3% têm curso superior e 3,5% apenas sabem ler e escrever. Os restantes idosos (7%) são analfabetos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências da amostra por nível de escolaridade

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Não sabe ler nem escrever	8	7,0	7,0
Sabe ler e escrever	4	3,5	10,4
Até ao 4º ano	62	53,9	64,3
Até ao 7º ano	10	8,7	73,0
Até ao 9º ano	14	12,2	85,2
Até ao 12º ano	12	10,4	95,7
Curso Superior	5	4,3	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

No que concerne ao rendimento familiar mensal, mais de metade da amostra (53,9%) tem um rendimento entre 1 a 2 salários mínimos, 29 idosos tem rendimento inferior ao salário mínimo (25,2%), 20 idosos recebem entre 2 a 4 salários mínimos (17,4%) e apenas 1 indivíduo referiu receber um rendimento mensal superior a 4 salários mínimos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequências da amostra por rendimento familiar

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
<1 Salário mínimo	29	25,2	25,9	25,9
1 a 2 Salários mínimos	62	53,9	55,4	81,3
2 a 4 Salários mínimos	20	17,4	17,9	99,1
>4 Salários mínimos	1	,9	0,9	100,0
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>97,4</i>	<i>100,0</i>	
Não responde	3	2,6		
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>		

Quando questionados sobre a existência de profissional de saúde oral no Centro de Saúde, 84 idosos revelam não saber se existe (73%), 23 idosos referem que não existe (20%) e 8 idosos (7%) referem que existe profissional da área da saúde oral no seu Centro de Saúde (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição de frequências da amostra por existência de profissional de saúde oral no Centro de Saúde

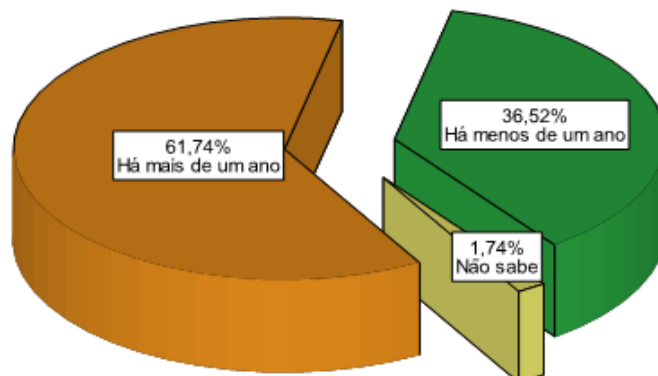
	Frequência	Percentagem
Sim	8	7,0
Não	23	20,0
Não sabe	84	73,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>

2. Análise descritiva das condições subjectivas de saúde oral

Na parte B do questionário são abordadas as condições subjectivas de saúde oral e na primeira questão conclui-se que a maioria dos idosos (61,74%) afirma ter ido pela última vez ao médico dentista há mais de um ano e 36,52% revela ter sido há menos de

um ano. Apenas 2 idosos não sabem há quanto tempo foi a sua última ida ao médico dentista (1,72%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição de frequências da amostra por última visita ao médico dentista



A maior parte da amostra (77,4%) refere não ter recebido informação sobre como fazer o auto-exame para despiste do cancro oral, sendo que os restantes 22,6% receberam essa informação (Tabela 8). Dos que afirmam ter recebido a informação a maioria foi por intermédio de outro profissional (59,3%), 33,3% por um médico clínica geral e apenas 2 idosos revelam ter sido por um médico dentista (Tabela 9).

Tabela 8- Distribuição de frequências da amostra por recepção de informação sobre como fazer o auto-exame para despiste do cancro oral?

	Frequência	Percentagem
Sim	27	22,6
Não	88	77,4
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>

Tabela 9 - Distribuição de frequências da amostra por profissional que deu essa informação?

	Frequência	Percentagem
Médico Clínica Geral	9	33,3
Médico Dentista	2	7,4
Outro Profissional	16	59,3
<i>Total</i>	<i>27</i>	<i>100,0</i>

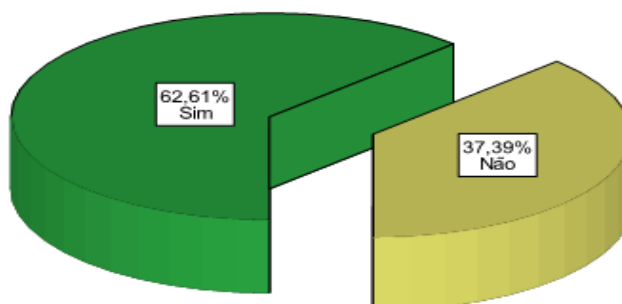
Quanto à importância da informação sobre o cancro oral, quase todos os indivíduos entrevistados (97,4%) considera importantes essas informações para preservar a sua saúde. Apenas 1 indivíduo revela não ser importante e 2 não têm conhecimento da sua importância (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de frequências da amostra por importância de receber essa informação

	Frequência	Percentagem
Sim, porque a boca tem a ver com a saúde do corpo	112	97,4
Não, porque a boca não tem a ver com o resto do corpo	1	0,9
Não sabe	2	1,7
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>

De todos os idosos pertencentes à amostra 72 são portadores de prótese dentária, o que corresponde a uma percentagem de 62,61% (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição de frequências da amostra por uso de prótese dentária



Relativamente à higiene da prótese a maioria (73,6%) revela fazê-la segundo o profissional de saúde indicou (Tabela 11) e 26,4% não teve nenhuma instrução quanto à forma de higienização da prótese (Tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição de frequências da amostra por higiene da prótese dentária segundo o profissional de saúde

	Frequência	Percentagem
Sim	53	73,6
Não	19	26,4
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Tabela 12 - Distribuição de frequências da amostra por higiene da prótese dentária sem nenhuma instrução

	Frequência	Percentagem
Sim	19	26,4
Não	53	73,6
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Quanto ao produto utilizado para higienizar a prótese, o mais usado pelos idosos é a pasta de dentes (30,6%), seguindo-se os produtos próprios para a higiene da prótese (20,8%), o uso de escova de dentes (18,1%) e os produtos de uso doméstico (16,7%).

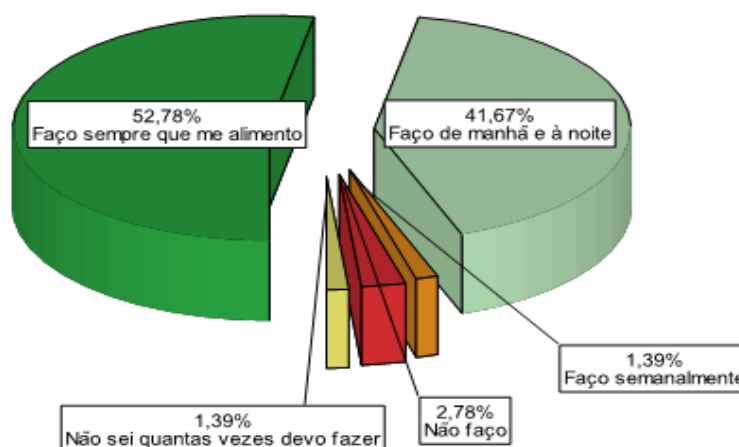
Dos restantes, 8 indivíduos fazem a higiene da prótese apenas com água, 1 não sabe como faz e outro não respondeu à questão (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição de frequências da amostra por produto usado para a higiene das próteses

	Frequência	Percentagem
Pasta de Dentes	22	30,6
Produtos próprios para higiene da prótese	15	20,8
Produtos de uso doméstico (Atrix; Sabão Azul e Branco; Lixívia; Vinagre; Bicarbonato)	12	16,7
Água	8	11,1
Escova	13	18,1
Não responde	1	1,4
Não sabe	1	1,4
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Mais de metade dos indivíduos portadores de prótese revela fazer a sua higiene sempre que se alimenta, após as refeições, (52,78%) e 41,67% afirma fazer de manhã e à noite. Dos restantes idosos, 1 faz semanalmente, 2 não higienizam a prótese e outro não sabe quantas vezes o fazer (Gráfico7).

Gráfico 7- Distribuição de frequências da amostra por frequência com que faz a higiene da prótese



Relativamente aos idosos que apresentam ausência de dentes e não usam prótese a principal razão referida prende-se com o facto de não precisarem e de mastigarem tudo e bem (55,8%), seguindo-se os que afirmam que a ausência de dentes não altera a sua estética (14%), os que referem que é caro (11,6%) e, por último, os que alegam não querer usar prótese porque falam bem com as pessoas (7%) (Tabela 14, Tabela 15, Tabela 16 e Tabela 17).

Tabela 14- Distribuição de frequências da amostra à resposta “Não preciso, mastigo tudo e bem”

	Frequência	Percentagem
Sim	24	55,8
Não	19	44,2
<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100,0</i>

Tabela 15 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “É muito caro”

	Frequência	Percentagem
Sim	5	11,6
Não	38	88,4
<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100,0</i>

Tabela 16 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “Porque a ausência de dentes não altera a minha estética”

	Frequência	Percentagem
Sim	6	14,0
Não	37	86,0
<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100,0</i>

Tabela 17 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “Porque falo bem com as pessoas”

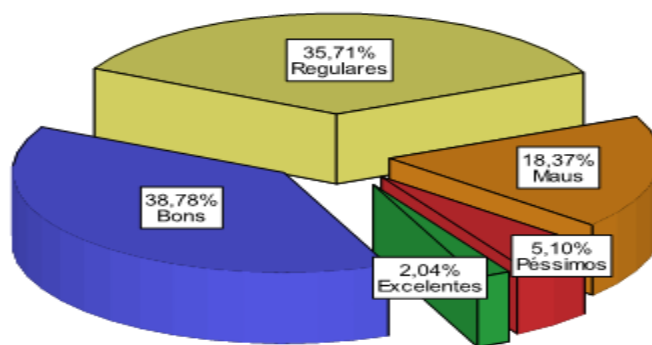
	Frequência	Percentagem
Sim	3	7,0
Não	40	93,0
<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>100,0</i>

3. Análise Descritiva da Auto-avaliação da condição oral

A segunda parte do questionário (Parte B) dá também ênfase à auto-avaliação da condição oral dos idosos entrevistados, através de duas questões importantes.

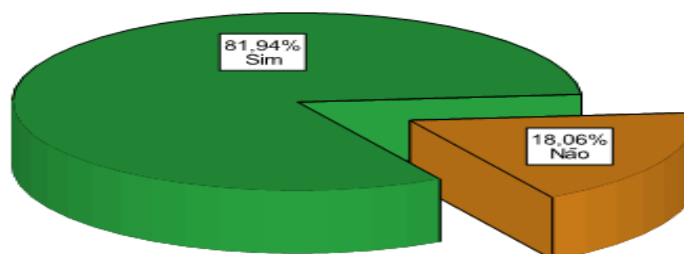
A primeira diz respeito à classificação dos dentes e das gengivas por parte dos próprios idosos. Excluindo os 15 indivíduos desdentados totais, dos 98 que possuem dentes próprios 38 consideram-nos como bons (38,78%), 35 como regulares (35,71%), 18 como maus (18,37%), sendo que 5 os classificam de péssimos (5,1%) e apenas 2 de excelentes (2,04%) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição de frequências da amostra por classificação dos dentes e gengivas



A segunda questão está relacionada com a satisfação dos indivíduos relativamente à sua prótese. Dos 72 indivíduos portadores de prótese dentária, grande maioria (81,94%) encontra-se satisfeita com ela (Gráfico 9). Dos 13 indivíduos que não se encontram satisfeitos (18,06%), 1 nunca se conseguiu adaptar e contactou o médico dentista (1,4%), 2 referem que a prótese lhes magoa (2,8%), 6 afirmam que a prótese lhes salta (8,3%) e 4 idosos nunca se chegaram a adaptar à prótese (5,6%) (Tabela 18, Tabela 19, Tabela 20 e Tabela 21).

Gráfico 9 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “Estou satisfeito com a minha prótese”

Tabela 18- Distribuição de frequências da amostra à resposta “*Nunca me consegui adaptar e contactei o dentista por causa disso*”

	Frequência	Percentagem
Sim	1	1,4
Não	71	98,6
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Tabela 19 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “*A prótese magoa-me*”

	Frequência	Percentagem
Sim	2	2,8
Não	70	97,2
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Tabela 20 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “A prótese ‘salta’”

	Frequência	Percentagem
Sim	6	8,3
Não	66	91,7
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

Tabela 21 - Distribuição de frequências da amostra à resposta “Só me adaptei a uma das próteses”

	Frequência	Percentagem
Sim	4	5,6
Não	68	94,4
<i>Total</i>	<i>72</i>	<i>100,0</i>

4. Análise Descritiva GOHAI

Ao analisar o total da amostra relativamente ao GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) verifica-se uma média de valores de 32,78, variando entre um valor mínimo de 16 e um valor máximo de 36, sendo o desvio padrão 4,026 e a variância 16,207 (Tabela 22). Mais de metade dos idosos (59,13%) tem uma autopercepção elevada, 25,22% tem uma autopercepção moderada e 15,65% revela uma autopercepção baixa (Gráfico 10 e Tabela 23).

Tabela 22 - Análise descritiva do resultado do GOHAI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
GOHAI	115	16	36	32,78	4,026	16,207
N	115					

Gráfico 10- Distribuição de frequências da amostra do resultado final em GOHAI

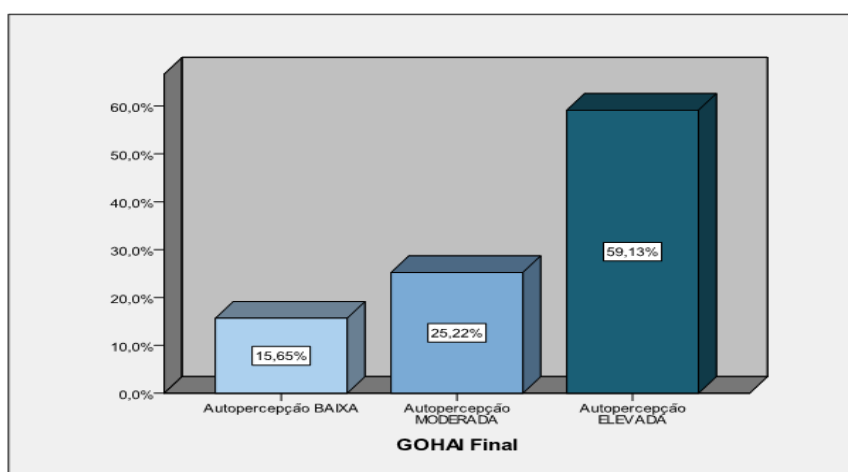


Tabela 23 - Distribuição de frequências da amostra do resultado final em GOHAI

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Autopercepção BAIXA	18	15,65	15,65
Autopercepção MODERADA	29	25,22	40,87
Autopercepção ELEVADA	68	59,13	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 24 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	9	7,8	7,8
Algumas vezes	14	12,2	20,0
Nunca	92	80,0	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 25 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	5	4,3	4,3
Algumas vezes	28	24,3	28,7
Nunca	82	71,3	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 26 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	5	4,3	4,3
Algumas vezes	14	12,2	16,5
Nunca	96	83,5	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 27 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta “Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	9	7,8	7,8
Algumas vezes	7	6,1	13,9
Nunca	99	86,1	100,0
Total	115	100,0	

Tabela 28 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	6	5,2	5,2
Algumas vezes	23	20,0	25,2
Nunca	86	74,8	100,0
Total	115	100,0	

Tabela 29 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Algumas vezes	1	0,9	0,9
Nunca	114	99,1	100,0
Total	115	100,0	

Tabela 30 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	23	20,0	20,0
Algumas vezes	25	21,7	41,7
Sempre	67	58,3	100,0
Total	115	100,0	

Tabela 31 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	3	2,6	2,6
Algumas vezes	16	13,9	16,5
Nunca	96	83,5	100,0
Total	115	100,0	

Tabela 32 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sim, tive vários	8	7,0	7,0
Algumas vezes	17	14,8	21,7
Nunca	90	78,3	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 33 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	5	4,3	4,3
Algumas vezes	16	13,9	18,3
Nunca	94	81,7	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 34 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta “Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	1	0,9	0,9
Algumas vezes	2	1,7	2,6
Nunca	112	97,4	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

Tabela 35 - Distribuição de frequências da amostra à pergunta: “Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?”

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Sempre	15	13,0	13,0
Algumas vezes	29	25,2	38,3
Nunca	71	61,7	100,0
<i>Total</i>	<i>115</i>	<i>100,0</i>	

5. Análise das condições sociodemográficas entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures

Tabela 36 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde

Variáveis	N	χ^2 /Fisher	g.l.	Sig.
Género	115	,409	1	0,523
Grupo etário	115	5,938	3	0,115
Estado civil	115	9,978	3	(a)
Nível de escolaridade	115	7,394	6	(a)
Profissão	115	6,075	5	(a)
Situação face o emprego	115	4,616	2	(a)
Rendimento familiar	112	3,125	3	(a)
Capacidade de autonomia	115	1,062	1	0,303

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Relativamente às variáveis *Género*, *Grupo Etário* e *Capacidade de Autonomia*, encontram-se satisfeitas as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (menos de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5). Contudo, não se verificam associações significativas entre as categorias destas variáveis e o Centro de Saúde de origem ($p > 0,05$) (Tabela 36).

Tabela 37 - Distribuição de frequências do Género por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Masculino	Frequência	18	19	37
	% Local da Entrevista	35,3%	29,7%	32,2%
Feminino	Frequência	33	45	78
	% Local da Entrevista	64,7%	70,3%	67,8%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 38 - Distribuição de frequências do Grupo etário por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
65-70 anos	Frequência	24	17	41
	% Local da Entrevista	47,1%	26,6%	35,7%
71-75 anos	Frequência	13	18	31
	% Local da Entrevista	25,5%	28,1%	27,0%
76-80 anos	Frequência	6	14	20
	% Local da Entrevista	11,8%	21,9%	17,4%
> 80 anos	Frequência	8	15	23
	% Local da Entrevista	15,7%	23,4%	20,0%
Total	Frequência	51	64	115
	Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 39 - Análise descritiva da amostra por idade por Centro de Saúde

	Local da Entrevista	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	Loures	51	71,00	65	95	72,69	7,193
	Sete Rios	64	75,00	65	93	75,84	6,945
	TOTAL	115	73,00	65	95	74,44	7,199

Tabela 40 - Distribuição de frequências do Estado civil por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Casado/União de facto	Frequência	41	34	75
	% Local da Entrevista	80,4%	53,1%	65,2%
Separado de Facto/Divorciado	Frequência	2	4	6
	% Local da Entrevista	3,9%	6,3%	5,2%
Solteiro	Frequência	0	2	2
	% Local da Entrevista	,0%	3,1%	1,7%
Viúvo	Frequência	8	24	32
	% Local da Entrevista	15,7%	37,5%	27,8%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 41 - Distribuição de frequências do nível de escolaridade por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Não sabe ler nem escrever	Frequência	2	6	8
	% Local da Entrevista	3,9%	9,4%	7,0%
Sabe ler e escrever	Frequência	3	1	4
	% Local da Entrevista	5,9%	1,6%	3,5%
Até ao 4º ano	Frequência	32	30	62
	% Local da Entrevista	62,7%	46,9%	53,9%
Até ao 7º ano	Frequência	5	5	10
	% Local da Entrevista	9,8%	7,8%	8,7%
Até ao 9º ano	Frequência	4	10	14
	% Local da Entrevista	7,8%	15,6%	12,2%
Até ao 12º ano	Frequência	4	8	12
	% Local da Entrevista	7,8%	12,5%	10,4%
Curso Superior	Frequência	1	4	5
	% Local da Entrevista	2,0%	6,3%	4,3%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 42 - Distribuição de frequências da Profissão por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Profissional	Frequência	1	6	7
	% Local da Entrevista	2,0%	9,4%	6,1%
Ocupações intermédias	Frequência	3	2	5
	% Local da Entrevista	5,9%	3,1%	4,3%
Trabalhadores não manuais qualificados	Frequência	16	20	36
	% Local da Entrevista	31,4%	31,3%	31,3%
Trabalhadores manuais qualificados	Frequência	7	3	10
	% Local da Entrevista	13,7%	4,7%	8,7%
Trabalhadores manuais parcialmente qualificados	Frequência	13	20	33
	% Local da Entrevista	25,5%	31,3%	28,7%
Trabalhadores manuais não qualificados	Frequência	11	13	24
	% Local da Entrevista	21,6%	20,3%	20,9%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 43 - Distribuição de frequências da situação face ao emprego por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Activo	Frequência	3	0	3
	% Local da Entrevista	5,9%	,0%	2,6%
Desempregado	Frequência	0	1	1
	% Local da Entrevista	,0%	1,6%	,9%
Reformado	Frequência	48	63	111
	% Local da Entrevista	94,1%	98,4%	96,5%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 44 - Distribuição de frequências do rendimento familiar por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
<1 Salário mínimo	Frequência	10	19	29
	% Local da Entrevista	19,6%	31,1%	25,9%
1 a 2 Salários mínimos	Frequência	31	31	62
	% Local da Entrevista	60,8%	50,8%	55,4%
2 a 4 Salários mínimos	Frequência	9	11	20
	% Local da Entrevista	17,6%	18,0%	17,9%
>4 Salários mínimos	Frequência	1	0	1
	% Local da Entrevista	2,0%	,0%	,9%
Total	Frequência	51	61	112
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 45 - Distribuição de frequências da Capacidade de Autonomia de vida por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Totalmente independente	Frequência	44	59	103
	% Local da Entrevista	86,3%	92,2%	89,6%
Parcialmente dependente	Frequência	7	5	12
	% Local da Entrevista	13,7%	7,8%	10,4%
Total	Frequência	51	64	115
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

6. Análise das condições subjectivas da saúde oral entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures

Tabela 46 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita dentista	113	1,592	1	0,207
Apreciação dos dentes	98	4,929	4	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	113	,772	1	1,000
Satisfação com a prótese	72	,694	1	0,526
Frequência da higiene	71	1,257	4	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

6.1. Última visita ao dentista

A proporção de utentes cuja última visita ao dentista foi há menos de um ano é superior no centro de saúde de Sete Rios (42,2% vs 29,4%) (Tabela 47). Verificam-se as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (menos de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5), no entanto não se verificam associações significativas entre as categorias da variável *Última visita ao dentista* e o Centro de Saúde de origem ($p = 0,207$, logo $p > 0,05$) (Tabela 46).

Tabela 47- Distribuição de frequências da última visita ao dentista por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Há menos de um ano	Frequência	15	27	42
	% Local da Entrevista	30,6%	42,2%	37,2%
Há mais de um ano	Frequência	34	37	71
	% Local da Entrevista	69,4%	57,8%	62,8%
Total	Frequência	49	64	113
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

6.2. Apreciação dos dentes

Os idosos dos dois centros de saúde têm uma apreciação dos seus dentes relativamente uniforme (Tabela 48). Mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5, logo não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (Tabela 46).

Tabela 48 - Distribuição de frequências da apreciação dos dentes por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Excelentes	Frequência	0	2	2
	% Local da Entrevista	,0%	3,4%	2,0%
Bons	Frequência	13	25	38
	% Local da Entrevista	32,5%	43,1%	38,8%
Regulares	Frequência	16	19	35
	% Local da Entrevista	40,0%	32,8%	35,7%
Maus	Frequência	10	8	18
	% Local da Entrevista	25,0%	13,8%	18,4%
Péssimos	Frequência	1	4	5
	% Local da Entrevista	2,5%	6,9%	5,1%
Total	Frequência	40	58	98
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

6.3. Importância das informações sobre preservação da saúde

Nos dois centros de saúde, a maioria dos idosos revela ser importante receber informações sobre a preservação da saúde (Tabela 49). Apesar de se verificarem as condições necessárias para aplicação do teste do qui-quadrado, pois as frequências esperadas inferiores 5 não atingem os 20%, não se verificam associações significativas entre as categorias da variável *Importância das informações sobre preservação da saúde* e o Centro de Saúde de origem ($p = 1,00$, logo $p > 0,05$) (Tabela 46).

Tabela 49 - Distribuição de frequências da importância das informações sobre preservação da saúde por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Sim, porque a boca tem a ver com a saúde do corpo	Frequência	49	63	112
	% Local da Entrevista	100,0%	98,4%	99,1%
Não, porque a boca não tem a ver com o resto do corpo	Frequência	0	1	1
	% Local da Entrevista	,0%	1,6%	,9%
Total	Frequência	49	64	113

6.4. Satisfação com a prótese

A maioria dos indivíduos dos dois Centros de Saúde está satisfeita com a sua prótese (Tabela 50). O teste do qui-quadrado tem condições para ser aplicado, uma vez que apenas menos de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5, mas não existem associações significativas entre as categorias da variável *Satisfação com a prótese* e o Centro de Saúde de origem ($p = 0,526$, logo $p > 0,05$) (Tabela 46).

Tabela 50 - Distribuição de frequências da satisfação com a prótese por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Sim	Frequência	20	39	59
	% Local da Entrevista	76,9%	84,8%	81,9%
Não	Frequência	6	7	13
	% Local da Entrevista	23,1%	15,2%	18,1%
Total	Frequência	26	46	72
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

6.5. Frequência da higiene

A frequência da higiene da prótese dos dois Centros de Saúde é relativamente uniforme (Tabela 51). Uma vez que mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5, o teste do qui-quadrado não tem condições para ser aplicado (Tabela 46).

Tabela 51 - Distribuição de frequências da frequência da higiene por Centro de Saúde

		Local da Entrevista		Total
		Loures	Sete Rios	
Não faço	Frequência	1	1	2
	% Local da Entrevista	4,0%	2,2%	2,8%
Faço semanalmente	Frequência	0	1	1
	% Local da Entrevista	,0%	2,2%	1,4%
Faço de manhã e à noite	Frequência	12	18	30
	% Local da Entrevista	48,0%	39,1%	42,3%
Faço sempre que me alimento	Frequência	12	26	38
	% Local da Entrevista	48,0%	56,5%	53,5%
Total	Frequência	25	46	71
	% Local da Entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

7. Análise do índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) entre o Centro de Saúde de Sete Rios e o Centro de Saúde de Loures

Tabela 52 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Centros de Saúde

Variáveis	N	χ^2 /Fisher	g.l.	Sig.
GOHAI	115	7,340	2	0,025*

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Analisando o índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) dos dois Centros de Saúde, observa-se que existem condições para que o teste qui-quadrado seja aplicado, visto as frequências esperadas inferiores 5 não atingirem os 20%. Para além disso,

existem associações significativas entre as categorias da variável *Índice GOHAI* e o Centro de Saúde de origem, uma vez que o $p = 0,025$ (logo $p < 0,05$) (Tabela 52).

Deste modo, verifica-se que os índices de percepção Elevada e de percepção Baixa são superiores no Centro de Saúde de Sete Rios, enquanto a percepção Moderada tem uma maior percentagem no Centro de saúde de Loures (Tabela 53 e Gráfico 11).

Tabela 53 - Índice GOHAI Final vs. Centros de saúde

			Local da Entrevista		
			Loures	Sete Rios	Total
GOHAI Final	Autopercepção BAIXA	Frequência	4	14	18
		Percentagem	7,8%	21,9%	15,7%
	Autopercepção MODERADA	Frequência	18	11	29
		Percentagem	35,3%	17,2%	25,2%
	Autopercepção ELEVADA	Frequência	29	39	68
		Percentagem	56,9%	60,9%	59,1%
Total		Frequência	51	64	115
		Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 11 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI por Centro de Saúde

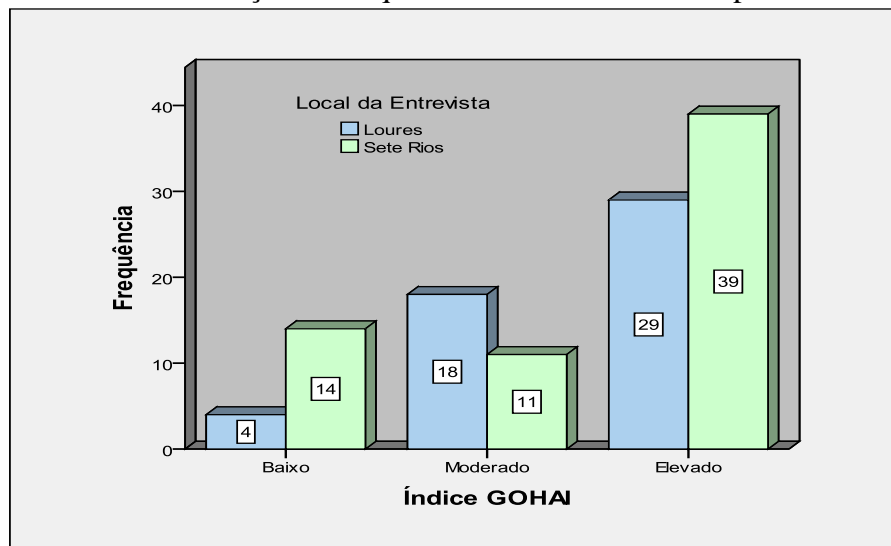


Tabela 54 - Descritivos do resultado global em GOHAI

	Centro de Saúde	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
GOHAI	Loures	51	16	36	33,12	3,497
	Sete Rios	64	18	36	32,52	4,411
	TOTAL	115	16	36	32,78	4,026

8. Existem diferenças nas condições subjectivas de saúde oral e na auto-avaliação da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar, capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Sete Rios.

Género, só se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista*, *Importância das informações sobre preservação da saúde* e *Satisfação com a prótese*, uma vez que as frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%. No entanto, como $p > 0,05$, não se verificam associações significativas entre as categorias destas variáveis e o sexo dos utentes (Tabela 55).

Tabela 55 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Género dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	1,247	1	0,264
Apreciação dos dentes	58	6,211	4	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	0,429	1	1,000
Satisfação com a prótese	46	,270	1	1,000
Frequência da higiene	46	4,881	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Grupo etário, não se encontram satisfeitas as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de que 20% das frequências esperadas são inferiores a 5) entre o grupo etário e as variáveis *Apreciação dos dentes*, *Importância das informações sobre preservação da saúde*, *Satisfação com a prótese* e *Frequência da higiene*. No entanto, verifica-se uma associação significativa entre o Grupo etário e a *Última visita ao dentista* $\chi^2 (3)=8,030$; $p=0,045$ (Tabela 56). Os utentes do Centro de Saúde de Sete Rios entre os 65 e os 70 anos tendem a ter ido ao dentista há mais de um ano (ResAj=1,8), assim como os utentes com mais de 80 anos (ResAj=1,4). Os utentes entre os 71 e os 75 anos tendem a ter ido ao dentista há menos de um ano (ResAj=1,4), assim como os utentes entre os 76 e os 80 anos (ResAj=1,9) (Tabela 57).

Tabela 56 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Grupo etário dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	8,030	3	0,045 *
Apreciação dos dentes	58	15,742	12	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	2,809	3	(a)
Satisfação com a prótese	46	1,780	3	(a)
Frequência da higiene	46	7,341	9	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Tabela 57 - Distribuição de frequências da Última visita ao dentista do Centro de Saúde de Sete Rios por Grupo etário

		Idade				Total
		65-70 anos	71-75 anos	76-80 anos	> 80 anos	
Há menos de um ano	Frequência	4	10	9	4	27
	% Idade	23,5%	55,6%	64,3%	26,7%	42,2%
	Residual ajustado	-1,8	1,4	1,9	-1,4	
Há mais de um ano	Frequência	13	8	5	11	37
	% Idade	76,5%	44,4%	35,7%	73,3%	57,8%
	Residual ajustado	1,8	-1,4	-1,9	1,4	
Total	Frequência	17	18	14	15	64
	% Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Estado civil, não se observam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista*, *Apreciação dos dentes*, *Importância das informações sobre preservação da saúde*, *Satisfação com a prótese* e *Frequência da higiene*, uma vez que mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 58).

Tabela 58 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Estado civil dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	2,277	3	(a)
Apreciação dos dentes	58	9,880	12	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	0,896	3	(a)
Satisfação com a prótese	46	0,807	3	(a)
Frequência da higiene	46	8,785	9	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5)

Nível de escolaridade, também não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado em relação a nenhuma das variáveis (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5) (Tabela 59).

Tabela 59 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Nível de escolaridade dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	11,211	6	(a)
Apreciação dos dentes	58	34,639	24	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	1,151	6	(a)
Satisfação com a prótese	46	4,393	5	(a)
Frequência da higiene	46	18,255	15	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Profissão, não se verificam igualmente as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado em relação a nenhuma das variáveis, pois mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 60).

Tabela 60 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Profissão dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	7,718	5	(a)
Apreciação dos dentes	58	11,731	20	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	9,820	5	(a)
Satisfação com a prótese	46	5,751	5	(a)
Frequência da higiene	46	11,700	15	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Situação face ao emprego, apenas se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado no que respeita às variáveis *Última visita ao dentista*, *Importância das informações sobre preservação da saúde* e *Satisfação com a prótese*, uma vez que as frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%. No entanto, não se observam associações significativas entre as categorias destas variáveis e a situação face ao emprego dos utentes, uma vez que $p > 0,05$ (Tabela 61).

Tabela 61 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Situação face ao emprego dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	1,392	1	0,422
Apreciação dos dentes	58	2,089	4	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	0,016	1	1,000
Satisfação com a prótese	46	5,695	1	0,152
Frequência da higiene	46	1,590	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Rendimento familiar, só se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado em relação à variável *Última visita ao dentista*, uma vez que as frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%. Contudo, visto que $p > 0,05$, não se observam associações significativas entre as categorias desta variável e o rendimento familiar dos utentes (Tabela 62).

Tabela 62 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Rendimento familiar dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	61	5,440	2	0,066
Apreciação dos dentes	55	6,490	8	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	61	0,984	2	(a)
Satisfação com a prótese	43	0,500	2	(a)
Frequência da higiene	43	4,671	6	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Capacidade de Autonomia, apenas se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado em relação à variável *Última visita ao dentista* e *Importância das informações sobre preservação da saúde*, uma vez que as frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%. No entanto, visto que $p > 0,05$, não se observam associações significativas entre as categorias desta variável e o rendimento familiar dos utentes (Tabela 63).

Tabela 63 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Capacidade de autonomia dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	64	0,011	1	1,000
Apreciação dos dentes	58	17,118	4	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	64	0,086	1	1,000
Satisfação com a prótese	46	11,649	1	(a)
Frequência da higiene	46	23,290	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

9. Existem diferenças nas condições subjectivas de saúde oral e na auto-avaliação da saúde oral em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar, capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Loures

Género, apenas se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista* e *Satisfação com a prótese*, uma

vez que as frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%. No entanto, como $p > 0,05$, não se verificam associações significativas entre as categorias destas variáveis e o sexo dos utentes. Quanto à variável *Importância das informações sobre preservação da saúde*, todos os indivíduos de Loures consideram ser importantes as informações para preservar a sua saúde, pelo que a estatística não é processada em relação a nenhuma das variáveis sociodemográficas (Tabela 64).

Tabela 64 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Género dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	0,108	1	0,743
Apreciação dos dentes	40	6,255	3	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	0,163	1	1,000
Frequência da higiene	26	6,516	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Grupo Etário, não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista*, *Apreciação dos dentes*, *Satisfação com a prótese* e *Frequência da higiene*, visto que mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 65).

Tabela 65 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Grupo etário dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	2,906	3	(a)
Apreciação dos dentes	40	9,765	9	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	2,383	3	(a)
Frequência da higiene	26	9,862	9	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Estado Civil, não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista*, *Apreciação dos dentes*,

Satisfação com a prótese e Frequência da higiene, visto que mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 66).

Tabela 66 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Estado civil dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	0,926	2	(a)
Apreciação dos dentes	40	3,458	6	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	2,260	2	(a)
Frequência da higiene	26	11,796	6	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Nível de Escolaridade, uma vez que as frequências esperadas inferiores 5 são mais de 20%, não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado relativamente às variáveis *Última visita ao dentista* *Apreciação dos dentes*, *Satisfação com a prótese e Frequência da higiene* (Tabela 67).

Tabela 67 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Nível de escolaridade dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	5,103	6	(a)
Apreciação dos dentes	40	10,466	18	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	2,528	6	(a)
Frequência da higiene	26	5,236	18	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Profissão, também não se observam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista* *Apreciação dos dentes*, *Satisfação com a prótese e Frequência da higiene* (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5) (Tabela 68).

Tabela 68 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Profissão dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	15,084	5	(a)
Apreciação dos dentes	40	16,477	15	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	3,668	4	(a)
Frequência da higiene	26	16,921	12	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim)

Situação face ao emprego, apenas se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado relativamente às variáveis *Última visita ao dentista* e *Satisfação com a prótese* (frequências esperadas inferiores a 5 são menos de 20%). No entanto, como $p > 0,05$, não se verificam associações significativas entre as categorias destas variáveis e a situação face ao emprego dos utentes (Tabela 69).

Tabela 69 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Situação face ao emprego dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	0,011	1	1,000
Apreciação dos dentes	40	1,538	3	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	0,650	1	1,000
Frequência da higiene	26	2,528	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Rendimento familiar, não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista*, *Apreciação dos dentes*, *Satisfação com a prótese* e *Frequência da higiene*, visto que mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 70).

Tabela 70 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Rendimento familiar dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	4,147	3	(a)
Apreciação dos dentes	40	8,778	9	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	4,383	3	(a)
Frequência da higiene	26	7,895	9	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

Capacidade de Autonomia, as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado não são observadas no que respeita às variáveis *Apreciação dos dentes* e *Frequência da higiene* (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5). Apesar de se verificarem as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado quanto às variáveis *Última visita ao dentista* e *Satisfação com a prótese*, como $p > 0,05$, não se encontram associações significativas entre as categorias destas variáveis e a capacidade de autonomia dos utentes (Tabela 71).

Tabela 71 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Capacidade de autonomia dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 / Fisher	g.l.	Sig.
Última visita ao dentista	49	0,626	1	0,652
Apreciação dos dentes	40	0,299	3	(a)
Importância das informações sobre preservação da saúde	49	(b)	---	---
Satisfação com a prótese	26	0,010	1	1,000
Frequência da higiene	26	,394	3	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

(b) Estatística não é processada porque as respostas são uma constante (100% = sim).

10. Existem diferenças no índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar e capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Sete Rios

Não se observam as condições necessárias à aplicação do teste qui-quadrado por índice GOHAI em função das variáveis sociodemográficas, uma vez que em todos os casos mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 72).

Tabela 72 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios

Variáveis	N	χ^2 /Fisher	g.l.	Sig.
Género	64	0,954	2	(a)
Grupo etário	64	7,206	6	(a)
Estado civil	64	4,638	6	(a)
Nível de escolaridade	64	18,167	12	(a)
Profissão	64	5,120	2	(a)
Situação face o emprego	64	3,628	2	(a)
Rendimento familiar	61	1,749	6	(a)
Capacidade de autonomia	64	10,038	10	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Tabela 73 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Género

Índice GOHAI		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Baixo	Frequência	4	10	14
	% Sexo	21,1%	22,2%	21,9%
Moderado	Frequência	2	9	11
	% Sexo	10,5%	20,0%	17,2%
Elevado	Frequência	13	26	39
	% Sexo	68,4%	57,8%	60,9%
Total	Frequência	19	45	64
	% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 74 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Grupo etário

Índice GOHAI		Idade				Total
		65-70 anos	71-75 anos	76-80 anos	> 80 anos	
Baixo	Frequência	4	3	6	1	14
	% Idade	23,5%	16,7%	42,9%	6,7%	21,9%
Moderado	Frequência	2	4	1	4	11
	% Idade	11,8%	22,2%	7,1%	26,7%	17,2%
Elevado	Frequência	11	11	7	10	39
	% Idade	64,7%	61,1%	50,0%	66,7%	60,9%
Total	Frequência	17	18	14	15	64
	% Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 75 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Estado civil

Índice GOHAI		Estado Civil				Total
		Casado/ União de facto	Divorciad o/ Separado	Solteiro	Viúvo	
			de Facto			
Baixo	Frequência	9	0	1	4	14
	% Estado Civil	26,5%	,0%	50,0%	16,7%	21,9%
Moderado	Frequência	6	0	0	5	11
	% Estado Civil	17,6%	,0%	,0%	20,8%	17,2%
Elevado	Frequência	19	4	1	15	39
	% Estado Civil	55,9%	100,0%	50,0%	62,5%	60,9%
Total	Frequência	34	4	2	24	64
	% Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 76 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Nível de escolaridade

Índice GOHAI		Nível de Escolaridade							Total
		Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	Até ao 4º ano	Até ao 7º ano	Até ao 9º ano	Até ao 12º ano	Curso Superior	
Baixo	Frequência	1	1	5	0	2	4	1	14
	% Escolaridade	16,7%	100,0%	16,7%	,0%	20,0%	50,0%	25,0%	21,9%
Moderado	Frequência	3	0	4	0	2	2	0	11
	% Escolaridade	50,0%	,0%	13,3%	,0%	20,0%	25,0%	,0%	17,2%
Elevado	Frequência	2	0	21	5	6	2	3	39
	% Escolaridade	33,3%	,0%	70,0%	100,0%	60,0%	25,0%	75,0%	60,9%
Total	Frequência	6	1	30	5	10	8	4	64
	% Escolaridade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 77 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Profissão

Índice GOHAI		Profissão						Total
		Profissional	Ocupações intermédias	Trabalhadores não manuais qualificados	Trabalhadores manuais qualificados	Trabalhadores manuais parcialmente qualificados	Trabalhadores manuais não qualificados	
Baixo	Frequência	0	1	8	1	2	2	14
	% Profissão	,0%	50,0%	40,0%	33,3%	10,0%	15,4%	21,9%
Moderado	Frequência	2	0	3	0	4	2	11
	% Profissão	33,3%	,0%	15,0%	,0%	20,0%	15,4%	17,2%
Elevado	Frequência	4	1	9	2	14	9	39
	% Profissão	66,7%	50,0%	45,0%	66,7%	70,0%	69,2%	60,9%
Total	Frequência	6	2	20	3	20	13	64
	% Profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 78 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Situação face ao emprego

Índice GOHAI		Situação face ao emprego		Total
		Desempregado	Reformado	
Baixo	Frequência	1	13	14
	% Situação face ao emprego	100,0%	20,6%	21,9%
Moderado	Frequência	0	11	11
	% Situação face ao emprego	,0%	17,5%	17,2%
Elevado	Frequência	0	39	39
	% Situação face ao emprego	,0%	61,9%	60,9%
Total	Frequência	1	63	64
	% Situação face ao emprego	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 79 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Rendimento familiar

Índice GOHAI		Rendimento familiar			Total
		<1 Salário mínimo	1 a 2 Salários mínimos	2 a 4 Salários mínimos	
Baixo	Frequência	4	6	4	14
	% Rendimento familiar	21,1%	19,4%	36,4%	23,0%
Moderado	Frequência	4	6	1	11
	% Rendimento familiar	21,1%	19,4%	9,1%	18,0%
Elevado	Frequência	11	19	6	36
	% Rendimento familiar	57,9%	61,3%	54,5%	59,0%
Total	Frequência	19	31	11	61
	% Rendimento familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 80 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Sete Rios por Capacidade de Autonomia

Índice GOHAI		Capacidade de Autonomia de vida		Total
		Totalmente independente	Parcialmente dependente	
Baixo	Frequência	11	3	14
	% Capacidade de Autonomia	18,6%	60,0%	21,9%
Moderado	Frequência	10	1	11
	% Capacidade de Autonomia	16,9%	20,0%	17,2%
Elevado	Frequência	38	1	39
	% Capacidade de Autonomia	64,4%	20,0%	60,9%
Total	Frequência	59	5	64
	% Capacidade de Autonomia	100,0%	100,0%	100,0%

11. Existem diferenças no índice geriátrico de saúde oral (GOHAI) em função das variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação face ao emprego, rendimento familiar e capacidade de autonomia) no Centro de Saúde de Loures

As condições necessárias à aplicação do teste qui-quadrado por índice GOHAI em função das variáveis sócio demográficas não se verificam, visto que em todos os casos mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5 (Tabela 81).

Tabela 81 - Estatísticas da aplicação do teste de qui-quadrado/Fisher por Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures

Variáveis	N	χ^2 /Fisher	g.l.	Sig.
Género	51	5,060	2	(a)
Grupo etário	51	6,698	6	(a)
Estado civil	51	1,841	4	(a)
Nível de escolaridade	51	8,587	12	(a)
Profissão	51	11,269	10	(a)
Situação face o emprego	51	5,844	2	(a)
Rendimento familiar	51	9,469	6	(a)
Capacidade de autonomia	51	0,841	2	(a)

* se $p < 0,05$; verifica-se uma associação significativa entre categorias das variáveis.

(a) Não se verificam as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (mais de 20% das frequências esperadas são inferiores a 5).

Tabela 82 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Género

Índice GOHAI		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Baixo	Frequência	1	3	4
	% Sexo	5,6%	9,1%	7,8%
Moderado	Frequência	3	15	18
	% Sexo	16,7%	45,5%	35,3%
Elevado	Frequência	14	15	29
	% Sexo	77,8%	45,5%	56,9%
Total	Frequência	18	33	51
	% Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 83 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Grupo etário

Índice GOHAI		Idade				Total
		65-70 anos	71-75 anos	76-80 anos	> 80 anos	
Baixo	Frequência	2	0	0	2	4
	% Idade	8,3%	,0%	,0%	25,0%	7,8%
Moderado	Frequência	10	5	1	2	18
	% Idade	41,7%	38,5%	16,7%	25,0%	35,3%
Elevado	Frequência	12	8	5	4	29
	% Idade	50,0%	61,5%	83,3%	50,0%	56,9%
Total	Frequência	24	13	6	8	51
	% Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 84 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Estado civil

Índice GOHAI		Estado Civil			Total
		Casado/ União de facto	Divorciado/ Separado de Facto	Viúvo	
Baixo	Frequência	4	0	0	4
	% Estado Civil	9,8%	,0%	,0%	7,8%
Moderado	Frequência	13	1	4	18
	% Estado Civil	31,7%	50,0%	50,0%	35,3%
Elevado	Frequência	24	1	4	29
	% Estado Civil	58,5%	50,0%	50,0%	56,9%
Total	Frequência	41	2	8	51
	% Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 85 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Nível de escolaridade

Índice GOHAI		Nível de Escolaridade							Total
		Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	Até ao 4º ano	Até ao 7º ano	Até ao 9º ano	Até ao 12º ano	Curso Superior	
Baixo	Frequência	0	0	4	0	0	0	0	4
	% Escolaridade	,0%	,0%	12,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	7,8%
Moderado	Frequência	0	1	10	3	1	3	0	18
	% Escolaridade	,0%	33,3%	31,3%	60,0%	25,0%	75,0%	,0%	35,3%
Elevado	Frequência	2	2	18	2	3	1	1	29
	% Escolaridade	100,0%	66,7%	56,3%	40,0%	75,0%	25,0%	100,0%	56,9%
Total	Frequência	2	3	32	5	4	4	1	51
	% Escolaridade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 86 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Profissão

Índice GOHAI		Profissão						Total
		Trabalhadores						
		Ocupações Profissional	Trabalhadores não manuais qualificados	Trabalhadores manuais qualificados	Trabalhadores manuais parcialmente qualificados	Trabalhadores manuais não qualificados		
Baixo	Frequência	0	0	2	1	0	1	4
	% Profissão	,0%	,0%	12,5%	14,3%	,0%	9,1%	7,8%
Moderado	Frequência	0	0	3	2	6	7	18
	% Profissão	,0%	,0%	18,8%	28,6%	46,2%	63,6%	35,3%
Elevado	Frequência	1	3	11	4	7	3	29
	% Profissão	100,0%	100,0%	68,8%	57,1%	53,8%	27,3%	56,9%
Total	Frequência	1	3	16	7	13	11	51
	% Profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 87 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Situação face ao emprego

Índice GOHAI		Situação face ao emprego		Total
		Activo	Reformado	
Baixo	Frequência	0	4	4
	% Situação face ao emprego	,0%	8,3%	7,8%
Moderado	Frequência	3	15	18
	% Situação face ao emprego	100,0%	31,3%	35,3%
Elevado	Frequência	0	29	29
	% Situação face ao emprego	,0%	60,4%	56,9%
Total	Frequência	3	48	51
	% Situação face ao emprego	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 88 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Rendimento familiar

Índice GOHAI		Rendimento familiar				Total
		1 a 2				
		<1 Salário mínimo	Salários mínimos	2 a 4 Salários mínimos	>4 Salários mínimos	
Baixo	Frequência	3	1	0	0	4
	% Rendimento familiar	30,0%	3,2%	,0%	,0%	7,8%
Moderado	Frequência	3	11	4	0	18
	% Rendimento familiar	30,0%	35,5%	44,4%	,0%	35,3%
Elevado	Frequência	4	19	5	1	29
	% Rendimento familiar	40,0%	61,3%	55,6%	100,0%	56,9%
Total	Frequência	10	31	9	1	51
	% Rendimento familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 89 - Distribuição de frequências do Índice GOHAI dos utentes do Centro de Saúde de Loures por Capacidade de autonomia

Índice GOHAI		Capacidade de Autonomia de vida		Total
		Totalmente independente	Parcialmente dependente	
Baixo	Frequência	3	1	4
	% Capacidade de autonomia	6,8%	14,3%	7,8%
Moderado	Frequência	15	3	18
	% Capacidade de autonomia	34,1%	42,9%	35,3%
Elevado	Frequência	26	3	29
	% Capacidade de autonomia	59,1%	42,9%	56,9%
Total	Frequência	44	7	51
	% Capacidade de autonomia	100,0%	100,0%	100,0%

12. Análise dos 3 domínios do GOHAI (Físico, Psicossocial, Dor ou Desconforto)

Tabela 90 - Comparações entre o Centro de Saúde de Loures e o Centro de Saúde de Sete de Rios nos domínios GOHAI

	Centro de Saúde	N	Média	Desvio padrão	T teste	g.l.	p
Domínio físico	Loures	51	10,98	1,703	0,082	113	0,935
	Sete Rios	64	10,95	1,838			
Domínio psicossocial	Loures	51	14,10	1,565	1,548	113	0,125
	Sete Rios	64	13,61	1,769			
Domínio de dor e desconforto	Loures	51	8,04	1,166	0,367	113	0,715
	Sete Rios	64	7,95	1,315			

$p > 0,05$ – Não se verificam diferenças significativas entre os Centros de Saúde

Dimensão física - os utentes do centro de saúde de Loures apresentam valores em dimensão física mais elevados que os utentes do centro de saúde de Sete Rios (10,98 versus 10,95), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $t(113) = 0,082$, $p = 0,935$.

Dimensão psicossocial - os utentes do centro de saúde de Loures apresentam valores na dimensão psicossocial mais elevados que os utentes do centro de saúde de Sete Rios (14,10 versus 13,61) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $t(113) = 1,548$, $p = 0,125$.

Dimensão dor e desconforto - os utentes do centro de saúde de Loures apresentam valores mais elevados na dimensão dor e desconforto que os utentes do centro de saúde de Sete Rios (8,04 versus 7,95) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $t(113) = ,367$, $p = 0,715$.

12.1. Correlação entre os 3 domínios do GOHAI (físico, psicossocial e dor na cavidade oral) no Centro de Saúde de Sete Rios.

Relativamente ao estudo dos 3 domínios do GOHAI, o valor do rho (coeficiente de correlação de Spearman) é crucial para o conhecimento dos resultados da amostra. Assim, quando $\rho < 0,20$ a correlação é de muito baixa intensidade (não se comenta), quando rho se situa entre 0,21 e 0,39 tem-se uma correlação de baixa intensidade; quando rho se situa entre 0,41 e 0,69 a correlação é de moderada intensidade; quando

rho se situa entre 0,7 e 0,89 tem-se uma correlação de alta intensidade; por último quando $\rho > 0,90$ a correlação é de muito alta intensidade.

Tabela 91 - Correlações entre os domínios GOHAI para o Centro de Saúde de Sete Rios

Coeficiente de correlação rho de Spearman		Domínio Físico	Domínio psicossocial
Domínio psicossocial	Rho	0,552**	
	P	0,000	
	N	64	
Domínio de dor e desconforto	Rho	0,767**	0,496**
	P	0,000	0,000
	N	64	64

* $p < 0,05$ – Verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI a um nível de significância de 0,05

** $p < 0,01$ – Verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI a um nível de significância de 0,01

$p > 0,05$ – Não se verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI

No Centro de Saúde de Sete Rios, verifica-se uma correlação positiva significativa de moderada intensidade entre os domínios psicossocial e físico (Spearman; $\rho=0,552$; $p=0,000$), uma correlação positiva significativa de alta intensidade entre o domínio dor e desconforto e o domínio físico (Spearman; $\rho=0,767$; $p=0,000$) e uma correlação positiva significativa de moderada intensidade entre o domínio dor e desconforto e o domínio psicossocial (Spearman; $\rho=0,496$; $p=0,000$).

12.2. Correlação entre os 3 domínios do GOHAI (físico, psicossocial e dor na cavidade oral) no Centro de Saúde de Loures

Tabela 92 - Correlações entre os domínios GOHAI para o Centro de Loures

Coeficiente de correlação rho de Spearman		Domínio físico	Domínio psicossocial
Domínio psicossocial	Rho	0,202	
	P	0,156	
	N	51	
Domínio dor e desconforto	Rho	0,382**	0,338*
	P	0,006	0,015
	N	51	51

* $p < 0,05$ – Verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI a um nível de significância de 0,05

** $p < 0,01$ – Verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI a um nível de significância de 0,01

$p > 0,05$ – Não se verificam-se correlações significativas entre os domínios GOHAI

No Centro de Saúde de Loures, verifica-se uma correlação positiva significativa de baixa intensidade entre o domínio dor e desconforto e o domínio físico (Spearman; $\rho=0,382$; $p=0,006$) e igualmente uma correlação positiva significativa de baixa intensidade entre o domínio dor e desconforto e o domínio psicossocial (Spearman; $\rho=0,338$; $p=0,015$). A correlação entre os domínios psicossocial e físico é positiva, mas não significativa, sendo de muito baixa intensidade.

IV. DISCUSSÃO

No que diz respeito à idade, a população-alvo apresenta uma média de idades de 74,44 anos, variando entre uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 95 anos. O número de mulheres entrevistadas é superior ao dos homens, sendo 67,8% dos inquiridos do sexo feminino, como se verificou igualmente nos estudos (Atchinson & Dolan, 1990), (Lima et al., 2007), (Silva et al., 2010), (Bianco, Lopes, Borgato & Marta, 2010), (Vasconcelos et al., 2012), (Vaccarezza et al., 2010), (Murariu, Hanganu & Bobu, 2010), (Alcarde et al., 2010), (Mendonça, Cimões, Araújo, Caldas & Silva, 2010), (Tsakos et al., 2009), (Soares, Zandonade & Oliveira, 2011) e (Moura et al., 2011). De acordo com a DGS, a percentagem de idosos do sexo feminino com mais de 65 anos, em 2010, é de 58,2%. Também segundo dados do INE, em 2011, a percentagem de mulheres é de 52,2% e estas vivem até idades mais avançadas, atingindo uma esperança média de vida de 81,3 anos em contraste com os 74,84 anos para os homens. Uma das explicações para estes resultados pode ser o facto de os homens estarem tradicionalmente conotados com hábitos de vida mais prejudiciais para a saúde, como o álcool e o tabaco, em idades avançadas, que aumentam substancialmente a probabilidade de ocorrência de doenças e complicações para o organismo (Albuquerque et al., 2011), contrariamente ao género feminino onde há um maior cuidado relativamente ao seu estado de saúde (Gomes, Abegg & Fachel, 2009).

Quanto à situação face ao emprego, 96,5% dos entrevistados são reformados. Segundo o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, em 2011, 27,6% da população portuguesa está reformada, podendo o resultado obtido neste estudo ser explicado pelo facto de todos os idosos inquiridos terem no mínimo 65 anos, que corresponde à idade da reforma em Portugal, tanto no sector público como no sector privado, segundo dados do governo em 2012.

Analisando a área profissional dos entrevistados, as maiores percentagens correspondem aos trabalhadores não manuais qualificados (31,3%), trabalhadores manuais parcialmente qualificados (28,7%) e trabalhadores manuais não qualificados (20,9%). Relativamente ao estado civil, 65,2% são casados, 27,8% viúvos, 5,2% divorciados e 1,7% solteiros. De acordo com os Censos 2011, estes resultados não seguem totalmente a realidade da população portuguesa que é cerca de 47% casados, 40% solteiros, 7% viúvos e 6% divorciados. Apesar de percentagens diferentes, a população casada está em maioria nos dois estudos e a percentagem de divorciados de

5,2% está relativamente próxima dos valores nacionais. As discrepâncias verificadas entre os estados civis viúvo e solteiro prende-se com o facto da amostra deste estudo pertencer a uma faixa etária superior a 65 anos, idades em que tendencialmente o número de viúvos é maior e o de solteiros menor.

No que concerne ao nível de escolaridade, a maioria dos inquiridos (53, 9%) apenas concluiu o ensino primário, como se verifica também nos estudos de (Fonseca, Almeida & Silva, 2011), (Alcarde et al., 2010), (Moura et al., 2011) e (Uslar, Curvino, Groisman & Senna, 2011). O número de utentes dos dois centros de saúde que apenas atingiu o 1º Ciclo é superior quando comparado com as percentagens referentes a Portugal, à Região de Lisboa e à Grande Lisboa que são, segundo os Censos de 2011, 29,8%, 24,1% e 23,3% respectivamente. Em relação ao ensino superior, apenas 4,3% dos idosos entrevistados atingiram esse nível de escolaridade, situando-se este valor abaixo dos 15,4% de Portugal, dos 21% da Região de Lisboa e dos 23% da Grande Lisboa, segundo dados do INE. Estes resultados podem explicar-se pelo facto dos indivíduos estudados pertencerem a uma faixa etária cuja idade mínima são os 65 anos, que provém de épocas em que as precárias condições de vida existentes e o limitado acesso à educação impossibilitou a progressão da vida académica, comparativamente com os dias de hoje.

Neste estudo verificou-se uma taxa de analfabetismo de 7%, tal como nos estudos. Segundo os Censos 2011, este valor encontra-se numa posição intermédia relativamente à taxa nacional de 5, 2% e os 9% segundo os Censos 2001, sendo que no que diz respeito à percentagem de 3,23% da Região de Lisboa e de 3% da Grande Lisboa a percentagem de idosos inquiridos sem saber ler nem escrever é ligeiramente superior.

Quanto aos rendimentos e por se tratar de um assunto de carácter delicado e pessoal, 3 dos 115 idosos não quiseram responder a essa questão, o que no entanto não chega a ser relevante em termos estatísticos. De acordo com a DGERT, a Retribuição Mínima Mensal Garantida, habitualmente designada por salário mínimo nacional, criada pelo Decreto-Lei n.º 217/74, de 27 de Maio e definida no artigo 266º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei nº 99/2003, de 27 de Agosto e posteriores actualizações, está actualmente fixada pelo Decreto-lei 143/2010 de 13 de Dezembro no valor de 485€. A maior parte dos inquiridos (55,4%) tem um rendimento familiar mensal entre 1 a 2 salários mínimos, 25% vive com menos de um salário mínimo, 17,9% com 2 a 4 salários mínimos e apenas 1 idoso referiu ter um rendimento familiar mensal superior a

4 salários mínimos. Segundo dados do governo, o valor da reforma em Portugal rondou, nos primeiros 6 meses de 2013, os 397,17 € por mês. Uma das justificações para a elevada percentagem de indivíduos que revela viver com um rendimento familiar mensal situado entre os 485€ e os 970€ (1 a 2 salários mínimos), logo superior ao valor da reforma nacional e que está acima da realidade existente, pode ser o facto de todos os idosos terem desejado ser inquiridos pelo entrevistador e não realizar o questionário em privado, o que poderá condicionar as respostas dadas, uma vez que na presença de outrem pode haver tendência de adulterar certos factos, por diversos motivos tais como vergonha, receio de admitir uma realidade menos desejada ou até despreocupação ou falta de conhecimento relativamente à exactidão das informações prestadas.

Praticamente todos os idosos referiram ser totalmente independentes (89,6%), tal como os 87,4% verificados no estudo (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Dos restantes, 10,4% são indivíduos parcialmente dependentes e nenhum totalmente dependente. Tal facto pode dever-se à simples questão do inquérito ser efectuado em Centros de Saúde, em que todos os idosos têm de se deslocar, reduzindo substancialmente a percentagem de indivíduos com baixo ou nulo nível de independência.

Nos dois Centros de Saúde não existem profissionais da área da saúde oral, sendo que os doentes a necessitar deste tipo de cuidados são reencaminhados para outros locais. Apenas 20% dos idosos sabe não existir profissionais de saúde oral e 8% refere que há. No entanto, a maioria dos entrevistados (73%) desconhece a existência deste serviço de saúde.

1. Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral, nos dois Centros de Saúde

Relativamente à percepção que os idosos dos dois Centros de Saúde revelam quanto à sua saúde oral, a amostra total apresenta um valor mínimo de 16, um valor máximo de 36 e uma média de GOHAI de 32,78 valores, que corresponde a um GOHAI moderado, que está muito próximo dos 32,59 obtidos no estudo de (Vasconcelos et al., 2012), bem como dos resultados verificados nos estudos de (Mesas et al., 2008) e (Fonseca et al., 2011), que revelam percepções igualmente moderadas. Estes estudos vão contra as percepções baixas encontradas nos trabalhos de (Lima et al., 2007), (Moura et al., 2011), (Costa et al., 2010), (Henriques et al., 2007), (Alcarde et al., 2010), (Gonçalves et al., 2008) e (Santos et al., 2007). Contudo, a média de resultados obtidos pode não ser

representativa da realidade da amostra, uma vez que mais de metade dos idosos revelou uma autopercepção elevada (59,13%), tornando-se este valor mais robusto e relevante para se avaliar o nível de percepção. Deste modo, pode concluir-se que os idosos pertencentes aos dois Centros de Saúde (Sete Rios e Loures) têm uma elevada autopercepção ou uma percepção moderada com tendência a ser elevada.

O Centro de Saúde de Sete Rios apresenta uma média de GOHAI de 32,52, variando entre um valor mínimo de 18 e um valor máximo de 36, e o Centro de Saúde de Loures revela uma média de GOHAI de 33,12, sendo o valor mínimo de 16 e o máximo de 36. Contudo, a maioria dos indivíduos de Sete Rios (60,9%) e a maioria dos indivíduos de Loures (56,9%) revelou uma percepção elevada, tornando-se este valor a considerar uma vez que é o mais robusto para a avaliação do nível de percepção.

Averiguando comparativamente os dois Centros de saúde verificou-se haver uma associação entre eles e o índice GOHAI, sendo que o GOHAI é mais elevado em Sete Rios do que em Loures, com uma percentagem de 60,9% e 56,9% respectivamente. No que diz respeito a uma percepção baixa é também em Sete Rios que a percentagem é maior comparativamente com Loures (21,9% vs. 7,8%). No entanto, quanto aos idosos com nível de percepção moderado ocorre uma inversão, em que o GOHAI moderado é mais predominante em Loures (35,3%) do que em Sete Rios (17,2%).

No que respeita aos domínios físicos, psicossociais e de dor ou desconforto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos dois Centros de Saúde, tal como no estudo de (Costa et al., 2010) e contrariamente ao estudo de (Silva et al., 2005), que verificou diferenças relativamente ao domínio físico.

Contudo, verificaram-se correlações significativas de baixa intensidade entre os domínios físico e da dor ($\rho=0,382$ e $p=0,006$) e entre os domínios psicossocial e da dor ($\rho=0,338$ e $p=0,015$), em Loures, e correlações significativas moderadas entre os domínios psicossocial e físico ($\rho=0,552$ e $p=0,000$) e entre os domínios psicossocial e da dor ($\rho=0,496$ e $p=0,000$), em Sete Rios. No âmbito da correlação existente entre domínios a mais relevante é a correlação verificada entre o domínio físico e o domínio da dor, em Sete Rios, que se revelou ser significativa de alta intensidade ($\rho=0,767$ e $p=0,000$), sugerindo que há uma grande tendência por parte dos utentes que apresentam dificuldades de mastigação, deglutição e fala por problemas na boca, de recorrerem a medicação para aliviar a dor e o desconforto existente. É, portanto, importante uma tomada de atenção para esta realidade, uma vez que reflecte uma atitude muito usual nos idosos de se automedicarem, de evitarem recorrer a terapêuticas a fim de resolver os

problemas de saúde que apresentam, por se conformarem com estados de saúde precários, tomando-os como característicos da idade. Uma das explicações para que tal facto não ocorra em Loures poderão ser as características rurais deste concelho, em que a figura do médico é mais respeitada e próxima, não havendo um acesso tão facilitado a medicamentos e informação terapêutica. Assim, tal como refere Vasconcelos et al., 2012 no seu estudo, são recomendáveis mais estudos deste género de forma a incidir e compreender esta realidade verificada em Sete Rios, sob forma de se estabelecer uma base conceitual consistente para melhor entendimento dos comportamentos relativos à saúde oral dos idosos e consequentemente, para adopção de medidas preventivas através de uma melhor educação para a saúde.

2. Caracterizar sociodemograficamente a população idosa frequentadora dos dois Centros de Saúde

2.1 Sete Rios

Como referido anteriormente, o estudo efectuado em Sete Rios (no centro de saúde) incide na população idosa (65 anos ou mais) residente nas freguesias de Campolide, Nossa Senhora de Fátima e São Domingos de Benfica, do concelho de Lisboa.

Deste modo, em Sete Rios verifica-se uma idade média de 75,84 anos, variando entre uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 93 anos. Os indivíduos inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (70,3%), tal como se verificou nos estudos de (Atchinson & Dolan, 1990), (Lima et al., 2007), (Silva et al., 2010), (Bianco et al., 2010), (Vasconcelos et al., 2012), (Vaccarezza et al., 2010), (Murariu et al., 2010), (Alcarde et al, 2010), (Mendonça et al, 2010), (Tsakos et al., 2009), (Soares et al., 2011) e (Moura et al., 2011). Apesar de ser uma percentagem menor o domínio do género feminina é igualmente evidente na população portuguesa, na Região de Lisboa e no concelho de Lisboa que representa, segundo os Censos 2011, cerca de 52,2% e 52,7% e 54,2% respectivamente.

No que respeita ao estado civil, mais de metade dos utentes são casados (53,1%), 37,5% são viúvos, 6,3% são divorciados e apenas 3,1% são solteiros. A percentagem obtida de indivíduos casados e divorciados vai de encontro aos resultados nacionais, segundo os Censos de 2011, de 47% casados e 6% divorciados, sendo que difere relativamente aos solteiros e viúvos cuja percentagem nacional é de 40% e 7%, respectivamente. Observando os resultados dos Censos 2011 para a Região de Lisboa,

em que 45% são solteiros, 41% casados e 7% viúvos, apenas a percentagem de 7% de divorciados se aproxima dos resultados obtidos no corrente estudo, o mesmo acontecendo concretamente no concelho de Lisboa, em que 38,8% são solteiros, 37,3% casados, 8,6% viúvos e 6,1% divorciados.

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se uma taxa de analfabetismo de 9,4%. Segundo os Censos de 2011, este valor encontra-se ligeiramente superior ao registado em Portugal (5,23%), na Grande Lisboa (3%) e no concelho de Lisboa (3,23%). Em relação à percentagem de indivíduos que apenas terminaram o 1º Ciclo, 46,9%, esta é superior ao valor nacional de 29,8% e aos valores encontrados na Grande Lisboa e no concelho de Lisboa, de 23,3% e 22,6% respectivamente. O contrário acontece relativamente aos idosos que frequentaram o ensino superior (6,3%), cujo valor se situa abaixo do verificado em Portugal, Grande Lisboa e concelho de Lisboa (15,4%, 23%, e 32,4%, respectivamente). Quanto às percentagens relativas aos indivíduos que terminaram o 2º Ciclo, 3º Ciclo e ensino secundário (7,8%, 15,6% e 12,6%, respectivamente) vão ao encontro dos resultados obtidos pelos Censos 2011 para o concelho de Lisboa de 6,9%, 13% e 15,5%, respectivamente.

Analisando os rendimentos, a maioria percentual verifica-se nos idosos com um rendimento familiar situado entre 1 a 2 salários mínimos (50,8%), isto é, situado, entre os 485€ e os 970€, facto que contradiz com a realidade portuguesa em que nos primeiros 6 meses de 2013 a reforma média nacional rondou os 397,17€, segundo dados do governo. Os idosos com rendimento familiar inferior a 1 salário mínimo representam 31,1%, os que recebem entre 2 a 4 representam 18% e nenhum indivíduo referiu ter um rendimento familiar superior a 4 salários mínimos. Relativamente à área profissional, a maioria dos idosos do Centro de Saúde de Sete Rios são trabalhadores manuais parcialmente qualificados (31,3%) ou trabalhadores em ocupações intermédias (31,3%).

2.1 Loures

Como previamente mencionado, o estudo efectuado em Loures (no centro de saúde) abrange a população idosa (65 anos ou mais) residente nas freguesias de Loures e Frielas, pertencentes ao concelho de Loures.

Assim, em Loures observa-se uma média de idades de 72,69 anos, variando entre uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 95 anos. Mais de metade dos entrevistados (64,7%) são do género feminino, tal como verificado nos estudos de (Atchinson & Dolan, 1990), (Lima et al., 2007), (Silva et al., 2010), (Bianco et al.,

2010), (Vasconcelos et al., 2012), (Vaccarezza et al., 2010), (Murariu et al., 2010), (Alcarde et al., 2010), (Mendonça et al., 2010), (Tsakos et al., 2009), (Soares et al., 2011) e (Moura et al., 2011), bem como nos dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2011, em que a percentagem de mulheres é superior à dos homens, tendo estas uma maior esperança média de vida. Estes resultados vão também ao encontro dos valores dos Censos 2011, em que tanto o concelho de Loures no geral, como em particular as freguesias de Loures e Frielas apresentam uma predominância do sexo feminino (52%).

Em relação ao estado civil, a grande maioria dos idosos de Loures são casados (80,4%), sendo 15,7% viúvos, 3,9% divorciados e nenhum solteiro. Segundo os Censos 2011, estes resultados contrastam com a realidade portuguesa de cerca de 47% casados, 40% solteiros e 7% viúvos. Existem igualmente diferenças significativas relativamente à realidade existente no concelho de Loures de 42,8% casados, 44,4% solteiros e 6,5% viúvos, bem como em relação aos valores verificados nas freguesias de Loures e Frielas de 43,8%, 43,1% e 7,1% respectivamente. No entanto, a percentagem obtida de 3,9% de divorciados está próxima dos 6% verificados a nível nacional, dos 6,3% no concelho de Loures e dos 6,1% nas freguesias de Loures e Frielas.

Analisando o nível de escolaridade, verifica-se em Loures uma taxa de analfabetismo de 3,9%, que vai ao encontro da taxa de analfabetismo de 3,6% do concelho de Loures e está próxima da taxa nacional de 5,2%, segundo os Censos 2011. Tal como nos estudos de (Fonseca et al., 2011), (Alcarde et al., 2011), (Moura et al., 2011) e (Uslar et al., 2011), também no corrente estudo se verificou que em Loures mais de metade dos idosos, 62,7%, apenas terminou o 4º ano de escolaridade, situando-se no entanto este valor acima dos resultados encontrados em Portugal, Grande Lisboa e concelho de Loures (29,8%, 23,3% e 27,1%, respectivamente), segundo os Censos de 2011. Em relação aos 2% de idosos que referem ter atingido o ensino superior, esta percentagem está abaixo da verificada pelo INE em Portugal (15,4%), na Grande Lisboa (23%) e no concelho de Loures (16,8%).

Quanto aos rendimentos, a maior parte dos idosos (60,8%) tem um rendimento familiar situado entre 1 a 2 salários mínimos, o que contradiz a realidade portuguesa tal como verificado em Sete Rios. No que diz respeito à área profissional, a maior percentagem pertence aos trabalhadores não manuais qualificados (31,4%), seguidos de trabalhadores manuais parcialmente qualificados (25,5%) e de trabalhadores manuais não qualificados (21,6%).

3. Identificar os principais factores demográficos associados à variável autopercepção (GOHAI).

3.1 Sete Rios

No que respeita às variáveis sociodemográficas não se observou nenhuma associação significativa com o GOHAI no Centro de Saúde de Sete Rios, tal como verificado no estudo de (Vasconcelos et al., 2012). Em relação ao género, em Sete Rios constatou-se o GOHAI é mais elevado nos indivíduos do sexo masculino em relação aos indivíduos do sexo feminino (68,4% vs. 57,8%), tal como verificado no estudo de (Tsakos et al., 2009), em que as mulheres apresentam igualmente uma percepção mais baixa que os homens. Os resultados obtidos são, no entanto, contrariados, pelos estudos de (Benedetti, Mello & Gonçalves, 2007), em que o GOHAI havia sido idêntico para os dois géneros, e de (McGrath & Bedi, 2004) em que as mulheres apresentam um maior GOHAI que os homens. Contudo, o facto da percentagem dos homens inquiridos em Sete Rios ser consideravelmente inferior à das mulheres (29,7% vs. 70,3%) leva a que para cada nível de percepção não haja frequências de resposta suficientes para haver uma relação estatística a considerar, o que pode demonstrar não ter havido associação significativa entre esta variável e o índice de GOHAI do centro de saúde, tal como no estudo de (Vasconcelos et al., 2012).

Relativamente ao grupo etário, o índice de GOHAI é mais elevado nos idosos com mais de 80 anos (66,7%), tal como observado por (Bulgarelli & Manço, 2008), em que os indivíduos com mais idade tendem a ter uma autopercepção mais elevada. Quanto ao estado civil, todos os indivíduos divorciados têm o GOHAI elevado (100%), seguido dos viúvos (62,5%), resultado que vai ao encontro do estudo de (Alcarde et al., 2010), em que os divorciados e os viúvos tendem a ter uma elevada autopercepção pelo facto de poderem estar mais dispostos e receptivos a encontrar novo cônjuge e estabelecerem novas relações. A percepção mais baixa é verificada nos indivíduos solteiros (50%), que pode ser explicada pelo facto de a solidão condicionar a um nível de percepção baixo, tal como é observado no estudo de (Tsakos et al., 2009).

Analisando o nível de escolaridade, o GOHAI é mais elevado nos indivíduos que estudaram até ao 7º ano (100%), sendo que os que estudaram até ao ensino superior ocupam a segunda posição (75%), o que vai ao encontro do estudo de (Soares et al., 2011) que verificou que os universitários tendiam a revelar uma elevada autopercepção da sua saúde oral, sendo este factor bastante influenciado pelo seu nível de escolaridade.

No que concerne aos rendimentos, o índice de GOHAI é mais elevado nos indivíduos com rendimento familiar situado entre 1 a 2 salários mínimos (61,3%) e mais baixo nos indivíduos com 2 a 4 salários mínimos (54,5%), contrariamente aos estudos de (Wu et al., 2008), (Benedetti et al., 2007) e (Neri & Soares, 2007) em que seria de esperar que indivíduos com rendimentos familiares menores tivessem uma percepção mais baixa da sua saúde oral, devido às dificuldades inerentes ao acesso aos serviços de saúde, nomeadamente do sector privado onde se inclui, em grande parte, a área da medicina dentária.

3.2 Loures

Em relação às variações sociodemográficas, no Centro de Saúde de Loures não se verificou nenhuma associação significativa com o GOHAI, tal como no estudo de (Vasconcelos et al., 2012). Quanto ao género, o GOHAI é mais elevado nos homens que nas mulheres (77,4% vs. 45,5%), tal como acontece em Sete Rios, que não corrobora os estudos de (Benedetti et al., 2007), em que o GOHAI havia sido idêntico para os dois sexos, e de (McGrath & Bedi, 2004) em que o GOHAI é superior nas mulheres. Estes resultados são constatados no estudo de (Tsakos et al., 2009), em que os homens apresentam igualmente uma maior autopercepção que as mulheres.

No que respeita ao grupo etário, o GOHAI é mais elevado nos idosos da faixa etária dos 76-80 anos (83,3%) e mais baixo nos idosos pertencentes à faixa etária dos 65-70 anos e com mais de 80 anos (ambos 50%). Relativamente ao estado civil, os resultados obtidos em Loures contrariam os obtidos em Sete Rios e não corroboram os estudos de (Alcarde et al., 2010), em que os divorciados, viúvos e solteiros (que não foram encontrados em Loures) tendem a ter uma elevada autopercepção relativamente aos indivíduos casados ou em união de facto, uma vez que podem estar, à partida, mais motivados a criar novos relacionamentos. Assim, verificou-se que o GOHAI é mais elevado nos indivíduos casados (58,5%), sendo mais baixo nos divorciados e viúvos (ambos 50%).

Quanto ao nível de escolaridade, o GOHAI é mais elevado quer nos indivíduos que não sabem ler nem escrever quer nos que frequentaram o ensino superior (ambos 100%) e mais baixo nos idosos que atingiram o 12º ano de escolaridade (25%), o que vem comprovar que o GOHAI não está relacionado com o nível de escolaridade citado nos estudos de (Benedetti et al., 2007) e (Matos & Lima-Costa, 2006). Analisando os rendimentos, o índice de GOHAI é mais elevado nos idosos cujo rendimento familiar é

superior aos 4 salários mínimos e é mais baixo nos idosos com rendimento inferior a 1 salário mínimo (100% vs. 40%), indo ao encontro dos estudos de (Wu et al., 2008), (Benedetti et al., 2007) e (Neri & Soares, 2007) em que indivíduos com rendimentos familiares menores têm uma percepção mais baixa da sua saúde oral, assim como indivíduos com maiores capacidades económicas têm uma percepção mais elevada relativamente á sua saúde oral, como citado no estudo de (Atchinson & Dolan, 1990).

V. CONCLUSÃO

1. Identificar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral, nos dois Centros de Saúde.

Os idosos de Sete Rios têm uma percepção elevada.

Os idosos de Loures têm uma percepção elevada.

2. Caracterizar sócio demograficamente, a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Sete Rios e a população idosa frequentadora do Centro de Saúde de Loures.

2.1. Sete Rios

Género: maioria do sexo feminino.

Idade média: 75,84 anos

Estado civil: maioria percentual de indivíduos casados.

Nível de escolaridade: percentagem de indivíduos que apenas completou o 1º ciclo é prevalente.

Profissão: maior percentagem de trabalhadores manuais parcialmente qualificados e de trabalhadores em ocupações intermédias.

Situação face ao emprego: maioritariamente reformados.

Rendimento: metade dos idosos recebe entre 1 e 2 salários mínimos de rendimento mensal.

Capacidade de autonomia de vida: maioria é totalmente independente.

2.2. Loures

Género: maioria do sexo feminino.

Idade média: 72,69 anos.

Estado civil: maioria percentual de indivíduos casados.

Nível de escolaridade: a maioria dos idosos apenas completou o 1º ciclo.

Profissão: maior percentagem de trabalhadores não manuais qualificados.

Situação face ao emprego: maioritariamente reformados.

Rendimento: mais de metade dos idosos recebe entre 1 e 2 salários mínimos de rendimento mensal.

Capacidade de autonomia de vida: maioria são totalmente independentes.

3. Identificar os principais factores sociodemográficos associados à variável, autopercepção.

O único factor sócio demográfico estatisticamente significativo associado à variável autopercepção é o local da entrevista.

4. Os idosos do Centro de Saúde de Sete Rios têm uma moderada percepção da sua saúde oral

A hipótese de estudo não está corroborada. Os idosos de Sete Rios têm uma autopercepção elevada.

5. Os idosos do Centro de Saúde de Loures têm uma moderada percepção da sua saúde oral

A hipótese de estudo não está corroborada. Os idosos de Loures têm uma autopercepção elevada.

6. A dificuldade na mastigação e na alimentação não interfere na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem)

A hipótese de estudo não está corroborada nos dois Centros de Saúde. A dificuldade na mastigação e na alimentação interfere moderadamente na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), em Sete Rios. Em Loures a correlação é de muito baixa intensidade, não sendo no entanto significativa.

7. A dor existente na cavidade oral não interfere na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem)

A hipótese de estudo não está corroborada. A dor existente na cavidade oral interfere moderadamente na qualidade da sua saúde oral, na sua dimensão social (a aparência ao sorrir, a preocupação e a auto-imagem), tanto em Sete Rios. Em Loures, a correlação é de baixa intensidade.

Futuras linhas de investigação e desenvolvimento

A avaliação e monitorização do estado de saúde da população na área da saúde oral implica uma análise interdisciplinar e abrangente que interaja com o ambiente físico e o tecido social. Uma saúde oral deficiente apresenta impactos sobre a qualidade de vida na população pelo que os dados utilizados para a elaboração da presente tese permitem efectuar um diagnóstico, uma avaliação de processos e de impactos que pode constituir um instrumento de estudo útil, capaz de fornecer informação e conhecimento suficiente e adequado ao planeamento de projectos de desenvolvimento e de inovação.

A reconhecida relevância da saúde oral no equilíbrio geral do corpo humano e a importância da medicina dentária na articulação com as diversas especialidades médicas, leva a que se torne cada vez mais difícil aceitar e compreender que a prestação dos cuidados de saúde oral seja ignorada no modelo do Serviço Nacional de Saúde português. Um dos factores de desenvolvimento passa, necessariamente, pela ampliação da participação das áreas de intervenção, aglutinando a saúde oral no sistema de Saúde e introduzir uma cultura e práticas de contratualização a todos os níveis.

A promoção da saúde é uma prioridade do Estado Social e passa pelo envolvimento dos indivíduos e profissionais, de modo a assegurar o acesso às informações e ferramentas de saúde necessárias. Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) esse processo envolve a criação de iniciativas que sejam *“capacitadoras, participatórias, holísticas, equitativas, sustentáveis e utilizem estratégias múltiplas”*.

No futuro as linhas de investigação passam, necessariamente por programas sustentáveis de promoção da saúde focados entre a necessidade percebida e a necessidade normativa de prevenção e melhor acesso aos serviços de saúde oral ao nível dos Centros de Saúde de proximidade com investimento na inovação científica e tecnológica. Desta forma, torna-se premente realizar mais estudos sobre o tema e compreender as variáveis exploradas neste estudo e fundamentalmente, pretende-se lançar pontes para futuras reflexões.

VI. BIBLIOGRAFIA

Abreu, L. M. G., Lopes, F. F., Pereira, A. de F. V., Pereira, A. L. A., e Alves, C. M. C. (2010) "Doença periodontal e condições sistêmicas: mecanismos de interação". *Rev Pesq Saúde*, 11(2), pp. 52-5.

Albuquerque, R., López-López, J., Jane-Salas, E., Rosa-Santos, J., e Ibrahim, C. (2011) "A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspectos e contextos da qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Al Shamrany, M. (2006) "Oral health-related quality of life: a broader perspective", *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 12(6), pp. 894-899.

Alcarde, A. C. B., Bittar, T. O., Fornazar, D. H., Meneghim, M. C., Ambrosano, G. M. B., e Pereira, A. C. (2010) "A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population", *Rev. odontol. ciênc.*, 25(2), pp. 126-31.

Atchinson, K. A., e Dolan, T. A. (1990) "Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index", *J Dent Educ*, 54, pp. 680-700.

Barbosa, C, Pinto, J., Alvarelhão, J., Cortez, A., Lopes, F., & Martín, I. (2007). *Registos de Actuação de Auxiliares de Acção Directa em Equipamentos Gerontológicos*. Porto: UNIFAI.

Benedetti, T., Mello, A. e Gonçalves L. (2007) "Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos", *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6), pp. 1683-1690.

Bianco, V. C., Lopes, E. S., Borgato, M. H., e Marta, S. N. (2010) "O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida", *Ciênc saúde colet*, 15(4), pp. 2165-72.

Bratthall, D., Petersen, P., Stjernswärd, J. e Brown, J. (2006). "Oral and Craniofacial Diseases and Disorders", in D. Jamison (Ed.) *Disease Control Priorities in Developing Countries*, pp. 723-734, The International Bank of Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC.

Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1165-74.

Castro, R., Portela, M. e Leão A. (2007) "Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal", *Cad. Saúde Pública*, 23(10), pp. 2275-2284.

Chalmers JM, Ettinger RL. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. *Dent Clin North Am*. 2008;52:423-46.

Costa, E. H. M. da, Saintrain, M. V. de L., e Vieira, A. P. G. F. (2010) "Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados", *Ciênc. saúde colet.*, 15(6), pp. 2925-30.

Costa, L. S. M., & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.

Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., e Reis Campos, J. C. (2011) "As doenças orais no idoso – Considerações gerais", *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, 52(3), pp. 175-80.

Decreto-lei 143/2010 de 13 de Dezembro, publicado no Diário da Republica, 1ªserie,nº253 de 31 de Dezembro de 2010, pag.6121

De Rossi SS, Slaughter YA. Oral changes in older patients: a clinician's guide. *Quintessence Int*. 2007;38:773-80.

D.G.S. (2010) "Elementos Estatísticos. Informação Geral. Saúde/2008", Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Discurso de Kofi Annan na Cerimónia de Abertura da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.

Disponível em:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. — (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

Ferreira RC, De Magalhães CS, Moreira AN. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population. *Gerodontology*. 2008;25:168-78.

Ferreira, R. C., Magalhães, C. S. D., e Moreira, A. N. (2010), "Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil", *Braz Oral Res*, 24(3), pp. 296-302.

Fonseca, P. H. de A., Almeida, A. M., e Silva, A. M. (2011) "Condições de

saúde bucal em população idosa institucionalizada", *Rev Gaúcha Odontol.*, 59(2), pp. 193-200.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores

Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.

Gerritsen, A., Allen, P., Witter, D., Bronkhorst, E. e Creugers N. (2010) "Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis", *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(126).

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.

Gomes, A., Abegg, C. e Fachel, J. (2009) "Relationship between oral clinical conditions and daily performances", *Braz Oral Res*, 23(1), pp. 76-81.

Gonçalves, P. M. C. (2008) "Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a Saúde Oral, em dos Indivíduos Portadores de Próteses Dentárias Removíveis Totais e Parciais", Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

Gouveia, R. S. V., Lins, Z. M. V., Lima, T. J. S., Freires, L. A., & Gomes, A. I. A. S. B. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética*, 17(2), 267 – 280.

Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc.* 2006;72:841-6.

Gutierrez, M., Lotufo, M., Costa, C. e Pannuti C. (2008) "Autopercepção da doença periodontal em idosos", *Rev Inst Ciênc Saúde*, 26(1), pp. 105-10.

Henriques, C., Telarolli Júnior, R., Loffredo, L. de C. M., Montandon, A. A. B., e Campos, J. A. D. B. (2007) "Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara", *Ciênc Odontol Bras*, 10(3), pp. 67-73.

Hernandez, J. D. (2007). *Impactos da percepção de saúde organizacional no bem-estar no trabalho* (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.

Hetzel, A. C. S. (2010). *Geropsychiatric nursing staff: role of empowerment geriatric caregiving self efficacy and emotional labor at work* (Dissertação de Mestrado em Filosofia não publicada). Virginia Commonwealth University, Virginia. Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Hiraki, A., Matsuo, K., Suzuki, T., Kawase, T., e Tajima, K. (2008) "Teeth loss

and risk of cancer at 14 common sites in Japanese", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 17(5), pp. 1222-7.

Hiramatsu, D. A., Tomita, N. E., e Franco, L. J. (2007) "Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos", *Ciênc saúde colet*, 12(4), pp. 1051-6.

Huttner EA, Machado DC, De Oliveira RB, Antunes AG, Hebling E. Effects of human aging on periodontal tissues. *Spec Care Dentist*. 2009;29:149-55.

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011) "Censos 2011 – Resultados Definitivos Região Lisboa".

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011) "Censos 2011 – Resultados Definitivos Portugal".

Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28:224-36.

Kossioni, A. E., e Dantas, A. S. (2007) "The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner", *Clin Interv Aging*, 2(4), pp. 591-7.

Kressin, N., Jones, J., Omer, M. e Spiro, A., (2008). "A New Brief Measure of Oral Quality of Life", *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice And Police*, 5(2), pp. 1-12.

Lelis, É., Siqueira, C., Reis, S., Oliveira, A. e Gonçalves L., (2008). "Atendimento integral e integrado ao idoso em odontologia – Aspectos Funcionais, sistêmicos e psicológicos". Universidade federal da Uberlândia.

Lima, L. H. M. de A., Soares, M. S. M., Passos, I. A., Rocha, A. P. V. da, Feitosa, S. C., e Lima, Ma. G. de. (2007) "Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais", *Rev Odontol UNESP*, 36(2), pp. 131-6.

Liu, W., Shi, L.-J., Wu, L., Feng, J.-Q., Yang, X., Li, J., Zhou, Z.-T., *et al.* (2012) "Oral cancer development in patients with leukoplakia - clinicopathological factors affecting outcome", *PLoS ONE*, 7(4), pp. e34773.

Lucena, A. A. G. de, Costa, E. B. da, Alves, P. M., Figuêiredo, R. L. Q., Pereira, J. V., e Cavalcanti, A. L. (2010) "Fluxo salivar em pacientes idosos", *Rev Gaúcha Odontol.*, 58(3), pp. 301-5.

Magalhães, L. M. R. (2011) "Relação entre Saúde Oral e Nutrição em Idosos", Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

Martins, A. M. E. de B. L., Barreto, S. M., e Pordeus, I. A. (2008) "Factors associated to self-perceived need of dental care among Brazilian elderly", *Rev Saúde Pública*, 42(3).

Martins, AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:421-35.

Matos, D. e Lima-Costa, M. (2006) "Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projecto SB-Brasil, 2003", *Cad. Saúde Pública*, 22(8), pp. 1699-1707.

McGrath, C. e Bedi, R., (2004), "A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life", *Quality of Life Research*, 13, pp. 813-818.

Melo, P. B., Piccinini, A. M., Rosa, P. V., Rosa, L. H. T., & Garcês, S. B. B. (2008). Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13(2), 259-274.

Mendonça, B., Cimões, R., Araújo, A., Caldas, A. e Silva, P. (2010) "Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto", *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), pp. 775-784.

Mesas, AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Factors associated with negative self perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology* 2008; 25:49-56.

Moura, C., Cavalcante, F. T., Catão, M. H. C. V., Gusmão, E. S., Soares, R. de S. C., e Santillo, P. M. H. (2011) "Fatores Relacionados ao Impacto das Condições de Saúde Bucal na Vida Diária de Idosos, Campina Grande, Paraíba, Brasil", *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 11(4), pp. 553-9.

Mujica, V., Rivera, H., e Carrero, M. (2008) "Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(5), pp. E270-4.

Murariu, A., Hanganu, C., e Bobu, L. (2010) "Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalized Elderly in Romania : A Pilot Study", *OHDMBSC*, IX(1).

Neri, M. C., e Soares, W. L. (2007) "Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil",

Cad. Saúde Pública, 23(8), pp. 1845-1856.

Neto, N., Luft, L., Trentin, M. e Silva, S. (2007) "Condições de saúde oral do idoso: revisão da literatura", *RBCEH*, 4(1), pp. 48-56.

Oliveira, G. F., Barbosa, G. A., Souza, L. E. C., Costa, C. L. P., Araújo, R. C. R., & Gouveia, V. V. (2009). Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. *Revista Bioética*, 17(2), 319 – 334.

Othman, W., Muttalib, K., Bakri, R., Doss, J., Jaafar, N., Salleh, N. e Chen, S. (2006) "Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language", *Journal of public health dentistry*, 66(3), pp. 199-204.

Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:1-8.

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:81-92.

Pontes, H. A. R., Neto, N. C., Ferreira, K. B., Fonseca, F. P., Vallinoto, G. M., Pontes, F. S. C., e Pinto Jr., D. dos S. (2009) "Oral manifestations of vitamin B12 deficiency: A case report", *JCDA*, 75(7), pp. 137-40.

Ribeiro, D., Silva, M., Nogueira, S. e Filho, J. (2009) "A saúde bucal na terceira idade", *Salusvita*, 28(1), pp. 101-111.

Rosa, L. B., Zuccolotto, M. C. Ca., Bataglioni, C., e Coronatto, E. A. de S. (2008) "Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade", *RFO*, 13(2), pp. 82-6.

Sánchez-García, S., Heredia-Ponce, E., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Espinel-Bermúdez, C., de la Fuente-Hernández, J., e García-Peña, C. (2010) "Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population", *J public health dent*, 70(4), pp. 300-7.

Santos, F. B., Morais, M. B. de, Barbosa, A. de S., Sampaio, F. C., e Forte, F. D. S. (2007) "Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB", *Arq. odontol.*, 43(2), pp. 23-32.

Saunders RH, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin North Am*. 2005;49:293-308.

Silva, D., Sousa, M. e Wada, R. (2005) "Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos". *Cad. Saúde Pública*, 21(4), pp. 1251-1259.

Silva, E. F. A. da, e Sousa, M. da L. R. de. (2006) "Autopercepção da saúde

bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total", *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 18(1), pp. 61-5.

Silva, M., Villaça, E., Magalhães, C. e Ferreira E. (2010) "Impacto da perda dentária na qualidade de vida", *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), pp. 841-850.

Silva, A. e Saintrain, M. (2006) "Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica", *Rev Bras Empidemiol*, 9(2), pp. 242-50.

Siqueira, M. M. M., & Padovam (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.

Soares, G. B., Zandonade, E., e Oliveira, A. E. (2011) "Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais", *Rev. Bras. Odontol.*, 68(2), pp. 268-73.

Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D., (2003). "Qualidade de vida e bem-estar dos idosos : um estudo exploratório na população portuguesa" *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* maio-jun, 2007; 60(3): 263-7.

Souza, E. H. A. de, Barbosa, M. B. C. B., Oliveira, P. A. P. de, Espíndola, J., e Gonçalves, K. J. (2010) "Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil)", *Ciênc saúde coletiva*, 15(6), pp. 2955-64.

Sugihara, N., MAki, Y., Okawa, Y., Hosaka, M., Matsukubo, T. e Takaesu, Y. (2010). "Factors Associated with root surface Caries in Elderly", *Bull Tokyo Dent Coll.*, 51(1), pp. 23-30.

Taiwo JO, Omokhodion F. Pattern of tooth loss in an elderly population from Ibadan. *Nigeria Gerodontol.* 2006;23:117-22.

Tanaka, T., Tanaka, M., e Tanaka, T. (2011). Oral carcinogenesis and oral cancer chemoprevention: a review. *Pathol Res Int*, 2011.

Tramini P, Montal S, Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontol.* 2007;24:196-203.

Tsakos, G., Sheiham, A., Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C. G.,

Gillman, G., e Stuck, A. E. (2009) "The impact of educational level on oral healthrelated quality of life in older people in London", *Eur J Oral Sci*, 117(3), pp. 286-92.

Turner, M. e Ship, J. (2007) "Dry Mouth and Its Effects on the Oral Health of Elderly People", *J Am Dent Assoc*, 138, pp. 15S-20S.

Uslar, I. S. D. von, Curvino, M. P. F., Groisman, S., e Senna, M. A. A. de. (2011) "Percepção sobre saúde e saúde bucal em uma população de idosos no município de Araruama/RJ", *Rev. bras. odontol.*, 68(1), pp. 101-6.

Vaccarezza, G. F., Costa, D. P., e Ponta, J. C. da. (2010) "Autopercepção da saúde bucal por idosos e a associação com indicadores clínicos", *Rev. Odontol. Univ. Cid. Sao Paulo*, 22(3), pp. 1-4.

Vasconcelos, L. C. A. de, Júnior, R. R. P., Teles, J. B. M., e Mendes, R. F. (2012) "Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro", *Cad. Saúde Pública*, 28(6), pp. 1101-10.

Vieira-Andrade, R. G., Zuquim Guimarães, F. D. F., Vieira, C. D. S., Freire, S. T. C., Ramos-Jorge, M. L., e Fernandes, A. M. (2011) "Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors", *Braz. Oral Res.*, 25(5), pp. 393-400.

Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 5-16.

Watanabe, F. (2007) "Vitamin B12 sources and bioavailability", *Exp Biol Med*, 232(10), pp. 1266-74.

Weiner, R. C., Wu, B., Crout, R., Weiner, M., Plassman, B., Kao, E. e Mc Neil, D. (2011). "Hyposalivation and xerostomia in dentate older adults". *The Journal of the American Dental Association-JADA*, 141(3), pp. 279-284.

Wu, B., Plassman, B., Crout, R. e Liang, J. (2008) "Cognitive Function and Oral Health Among Community-Dwelling Older Adults", *Journals of Gerodontology: Medical Sciences*, 63A, pp. 495-500.

Yoshihara A, Watanabe R, Hanada N, Miyazaki H. A longitudinal study of the relationship between diet intake and dental caries and periodontal disease in elderly Japanese subjects. *Gerodontol.* 2009;26:130-6